

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LIBEREC 2012

Veronika Chalupová

Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií



Studijní program: B 5341 Ošetřovatelství

Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Syndrom vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby
Libereckého Kraje**

Nurse Burnout at the Emergency Service in the Liberec Region

Veronika Chalupová

Bakalářská práce

2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Chalupová**
Osobní číslo: **Z09000099**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Syndrom vyhoření u všeobecných sester Záchrané zdravotnické služby Libereckého Kraje**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

- 1.cíl výzkumu: Změření výskytu syndromu a porovnání četnosti výskytu syndromu u mužů a u žen
- 2.cíl výzkumu: Zjištění vlivu četnosti mimořádných zátěžových situací na výskyt syndromu vyhoření
- 3.cíl výzkumu: Zjištění vlivu délky praxe u záchrané služby na vznik syndromu vyhoření

Východiska:

Syndrom vyhoření se objevuje u angažovaných pomáhajících profesí. Projevuje se tělesným a emocionálním vyčerpáním, únavou, popudlivostí, nedůvěřivostí, depresivitou a negativním cynickým postojem k vlastní práci a ke klientům/pacientům. Bývá označován jako "fenomén prvních let v zaměstnání", kdy po vysokých očekáváních a entuziasmu nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace.

Výzkumné předpoklady:

Předpoklad č.1 - Vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen.

Předpoklad č.2 - Pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester se zvyšuje s počtem mimořádně zátěžových situací, jako je např. záchrana dítěte nebo blízkého člena rodiny či komunity a/nebo neúspěch při zásahu.

Předpoklad č.3 - Známky syndromu vyhoření se objevují častěji u všeobecných sester, které pracují v tomto oboru více než 5 let.

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník - rozeslán elektronickou poštou na pracovní mailly jednotlivých výjezdových stanovišť

Místo a čas výzkumu: všeobecné sestry všech výjezdových stanovišť Záchrané zdravotnické služby Libereckého Kraje - během měsíce prosince 2011 a měsíce ledna 2012

Vzorek: všeobecné sestry ze všech směn všech výjezdových stanovišť ZZS LK

Rozsah grafických prací: např. 10 tabulek a 10 grafů
Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha, Grada Avicenum, 1997. ISBN 80-7169-121-6
SCHREIBER, V. a spolupracovníci. Stres patofyziologie - endokrinologie - klinika.3564. Avicenum, zdravotnické nakladatelství,n.p.1985. ISBN 08-045-85
KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. Státní zdravotní ústav Praha 2003. ISBN 80-7071-231-7
VOLLMER, H. Pryč s únavou : syndrom vyprahlosti, Praha : Motto,1998. ISBN 80-85872-90-O
BAŠTECKÁ, B.,GOLDMAN, P. Základy klinické psychologie, Praha:Portál,2001. ISBN 80-7178-550-4
BURGEROVÁ, Michaela. Syndrom vyhoření u personálu LDN, Zdravotnické noviny 38/2010
BAKKER, A.B., DEMEROUTI, E., SCHAUFELI, W.B. Validation of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: An internet study. Anxiety Stress Copin 2002, 15:245-260.

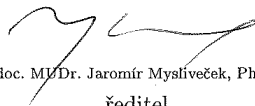
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Eva Křížová, Ph.D.**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **15. září 2010**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2012**

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.
ředitel



V Liberci dne 30. listopadu 2010

PROHLÁŠENÍ

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 30. 6. 2012

Podpis: Chalupová Bronka

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především PhDr. Evě Křížové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky a za neskonalou trpělivost. Za odborné připomínky z oblasti práce záchranné služby děkuji velmi MUDr. Luděkovi Kramářovi, MBA a Mgr. Kristýně Fejfarové. PhDr. Blance Čepické a Mgr. Vendule Kolářové děkuji za cenné poznámky a rady z oboru psychologie. MUDr. Janě Šeblové, Ph.D. patří velké díky za podklady z jejího výzkumu k tématu. Poděkování náleží i PhDr. Evě Wićazové za cenné rady a pomoc v oblasti zdrojů. Nemohu nepoděkovat panu Bc. Ondřeji Chalupovi a panu Bc. Alexanderu Domianovi za pomoc s grafickou stránkou práce. V neposlední řadě děkuji respondentům za jejich odpovědi.

ANOTACE V ČESKÉM JAZYCE

Jméno a příjmení autora: Veronika Chalupová

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Název práce: Syndrom vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby
Libereckého Kraje

Vedoucí práce: PhDr. Eva Křížová, Ph.D

Počet stran: 82

Počet příloh: 8

Rok obhajoby: 2012

Souhrn (5-10 řádků, cca 60-100 slov): Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u všeobecných sester ve Zdravotnické Záchrané Službě Libereckého Kraje. V práci hledáme odpověď na výzkumné otázky, zda vůbec a nakolik se syndrom vyhoření vyskytuje u všeobecných sester, jestli je častější u mužů či u žen, které mimořádné zátěžové situace a jaký jejich počet syndrom vyhoření způsobí nejčastěji a má-li na vznik syndromu vliv délka praxe všeobecné sestry.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, rizikové faktory a chronický stres, mimořádné zátěžové situace, prevence, osobnost všeobecné sestry, zdravotnická záchranná služba

ANOTACE V ANGLICKÉM JAZYCE

Name and surname: Veronika Chalupová

Institution: Technical University in Liberec

Title: Nurse Burnout at the Emergency Service in the Liberec Region

Supervisor: PhDr. Eva Křížová, Ph.D

Pages: 82

Addenda: 8

Year: 2012

Summary (60-100 words): This thesis deals with the burnout syndrome of nurses in the Emergency Medical Service of the Liberec Region. In this work we are looking for answers to such questions, whether and how much burnout occurs for nurses, if it is more common in case of men or women, what kind of extraordinary exercise situations and their quantity causes burnout and if the experience length of a nurse has an impact to develop the syndrome.

Key words: burnout, risk factors and chronic stress, extreme stress situations, prevention, nurses personality, emergency medical service

Obsah

Úvod	11
1. Syndrom vyhoření	12
1.1 Definice, historie a obecně o syndromu vyhoření.....	12
1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření	14
2.2.1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví.....	14
2.2.2. Obecné rizikové faktory	15
2.2.3. Vnější rizikové faktory	15
2.2.4. Vnitřní rizikové faktory	16
2.2.5. Pracovní podmínky (kombinace vnitřních a vnějších faktorů) startující syndrom vyhoření	17
1.3 Fáze vyhoření	19
1.3.1 Fáze dle Edelwicha a Brodského.....	19
1.3.2 Rozdělení syndromu vyhoření.....	20
1.4 Příznaky syndromu vyhoření	22
1.4.1 Hlavní symptomy	22
1.4.2 Měření symptomů - diagnostika syndromu vyhoření.....	23
1.5 Léčba syndromu vyhoření.....	25
2. Syndrom vyhoření v klinické praxi ve zdravotnické záchranné službě	26
2.1 Organizace přednemocniční neodkladné péče	26
2.2 Profese člena výjezdové posádky.....	28
2.3 Pracovní prostředí výjezdových posádek a základní požadavky na osobnost člena výjezdové posádky	29
2.4 Osobnost všeobecné sestry v urgentní medicíně.....	30
2.5 Pracovní stres ve zdravotnické záchranné službě	31
2.6 Obecné faktory ovlivňující prožívání stresu ve zdravotnictví	31
2.7 Systém psychosociální intervenční služby	32
2.7.1 Metody psychosociální intervenční služby (PIS)	34
3. Prevence syndromu vyhoření	35
3.1 Salutogeneze	35
3.2 Supervize.....	36
3.3 Protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření.....	36
3.4 Konkrétní prevence ve zdravotnictví	37
4. Situace ve Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje v kontextu výzkumu na téma syndrom vyhoření.....	38
4.1 Výzkum syndromu vyhoření ve studiích a jiných výzkumech v České republice viz. příloha č.1.	39
5. Cíle a hypotézy práce	40
5.1 Cíle práce	40
5.2 Hypotézy	40
5.3 Geneze hypotéz	40
5.4 Metodika výzkumu.....	42
5.4.1 Použitá metoda	42
5.4.2 Popis výzkumného nástroje.....	42
5.5 Charakteristika výzkumného vzorku respondentů	44
5.5.1 Sociodemografické údaje respondentů.....	45
5.6 Analýza dat a jejich interpretace	46
5.6.1 Popis analýzy dat a statistických výpočtů	46

5.6.2	Interpretace dat	46
5.6.3	Analýza a interpretace dat v rámci hodnocení celkové míry náchylnosti k syndromu vyhoření a jednotlivých rovin syndromu vyhoření	63
5.7	Hlavní zjištění	67
5.7.1	Dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz.....	67
6.	Diskuse	77
6.1	Diskuse a vyhodnocení výzkumu.....	77
6.2	Organizační opatření, výstupy práce.....	79
7.	Závěr.....	80
	Soupis bibliografických citací	82
	Přílohy.....	I

SEZNAM ZKRATEK

A. Č.	absolutní četnost
A. P.	adaptační proces
ARIP	specializace anesteziologicko-resuscitační intenzivní péče
Bc.	bakalářský titul
č.	číslo
Dis.	Diplomovaná sestra
IZS	Integrovaný záchranný systém
JIP	jednotka intenzivní péče
HZS	Hasičský záchranný sbor
LZZS	Letecká zdravotnická záchranná služba
Mgr.	magisterský titul
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PČR	Policie České republiky
R. Č.	relativní četnost
RLP	rychlá lékařská pomoc
RV	randez-vous system
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
SIP	sestra pro intenzivní péči
SZŠ	střední zdravotnická škola
s.	strana, stránka
VOŠ	vyšší odborná škola
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Úvod

Termín syndrom vyhoření byl poprvé použit Herbertem J. Freudenbergerem a označil tak vyčerpání energetických zdrojů intenzivně pracujícího člověka. (Kupka,M.,2008). V současnosti tímto pojmem označujeme typické příznaky, jež vznikají u pracovníků pomáhajících profesí, z nich zejména lékaře, všeobecné sestry, ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky, sociology, psychology, aj. V důsledku nezvládnutí pracovního stresu dochází k pocitům fyzického a psychického vyčerpání, ztrátě zájmu o práci a zhoršení profesionálních postojů, které mohou rušivě působit při péči o pacienta/klienta a zvýšit případnou chybovost ze strany zdravotníka. Téma syndromu vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje jsme si vybrali cíleně, ne náhodně, na základě dlouholetých zkušeností autorky v oboru.

Podíváme-li se blíže na práci všeobecné sestry ve výjezdu Zdravotnické záchranné služby, tak musíme konstatovat, že významnou spoluúčast na tomto dlouhodobém procesu vzniku syndromu vyhoření má vysoká profesionální odpovědnost a časová náročnost povolání, taktéž vysoké nároky na odbornost sester. A také administrativní a organizační zásahy, které rušivě ovlivňují činnost. V naší práci po teoretickém zpracování problematiky následuje empirická část, kde se věnujeme výzkumu syndromu vyhoření. Tento pojem – syndrom vyhoření – se definuje jako vyhasnutí s pocity tělesného, citového a duševního vyčerpání, způsobeného zvláště dlouhodobou expozicí profesně a emocionálně náročným situacím, o které právě v práci u zdravotnické záchranné služby není nouze. Rozboru zátěžovosti a četnosti těchto mimořádných zátěžových situací a jejich působení na sestry věnujeme v naší práci nemalou část. Do příloh jsme umístili srovnání výzkumů syndromu vyhoření v některých zdravotnických zařízeních v České republice a našeho výzkumu.

Na rozdíl od původních názorů, které spatřovaly primární příčinu syndromu vyhoření v intenzivním profesionálním kontaktu s pacienty/klienty, aktuální poznatky z oboru přednemocniční neodkladné péče poukazují spíše na zvyšující se požadavky na pracovní výkon a naopak se závažnými důsledky v případě chyb a omylů ze strany sestry (Kebza,Šolcová,2003), které v případě zdravotnické záchranné služby mohou být fatální.

1. Syndrom vyhoření

1.1 Definice, historie a obecně o syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření poprvé použil v roce 1974 psycholog H.J.Freudenberger v časopise *Journal of social Issues* (Kupka, M. 2008). Syndrom vyhoření byl definován jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Pojem burn-out byl zpočátku překládán jako syndrom vyprahlosti, prázdnoty, vyhasnutí, vyhaslosti. Až později se ustálil právě používaný název syndrom vyhoření ve smyslu vyčerpání energetických zdrojů intenzivně pracujících lidí. Termín burn-out byl původně určený pro objasnění stavu lidí, kteří plně propadli alkoholu a ztratili o všechno ostatní zájem. Netrvalo dlouho a tento název se začal používat i pro toxikomany, konkrétně pro stav, kdy je jejich zájem soustředěn pouze na danou drogu a všechno ostatní je jim absolutně lhostejné (Křivohlavý, 1998). Téma vyhoření není nejen ve zdravotnictví neznámým pojmem. U nás se jeho výzkumu věnují posledních 15 let, avšak ve světě je tomuto tématu intenzivně věnována pozornost přes 35let (Bartošíková, 2006). Pokud se podíváme na mezinárodní klasifikaci nemocí, zjistíme, že podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace – WHO) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc, ale jako doplňková diagnóza pod kódem Z 73.0 s názvem Vyhasnutí (vyhoření). Syndrom vyhoření je zařazen do kategorie Faktory ovlivňující zdravotní stav. Nejčastěji je syndrom vyhoření ve svém důsledku vyhodnocován jakožto součást Reakce na těžký stres a Poruchy přizpůsobení (F43).

Co to znamená? Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání, přičemž na jednu stranu jsou lidé trpící syndromem znevýhodněni, neboť jejich zdravotní potíže nejsou považovány za nemoc, avšak na stranu druhou se tento pojem používá příliš velkoryse. Odborníci tvrdí, že „vyhořet“ mohou zejména ti, kteří se příliš identifikovali se svojí profesní rolí, tedy ti, kteří do své práce vkládají hodně nadšení a pozitivní energie. Aktuální poznatky poukazují spíše na zvyšující se požadavky na pracovní výkon se stále menšími možnostmi úlevy, vysazení a naopak se závažnými důsledky v případě chyb a omylů. (Kebza, Šolcová 2003).

Stále častěji je popisován syndrom vyhoření ne jako stav, ale jako proces a je také třeba odlišit, že syndrom vyhoření není totéž co stres, neboť k němu dochází v důsledku působení chronického stresu, zásadní význam tedy mají stresové faktory coby spouštěče a dlouhodobý nepoměr mezi fázemi klidu a zátěží, čili určitá nerovnováha mezi odpočinkem prací. Rozvinutý adaptační syndrom (termín použitý Hansem Selyem pro označení tří stupňů biologické reakce na stres) jako důsledek chronického stresu odpovídá v mnoha směrech fyzickým příznakům syndromu vyhoření, přičemž tyto symptomy můžeme vysvětlit následujícím způsobem – stres je příčina a vyhoření důsledek. Tyto dvě kategorie se velmi často zaměňují. Hlavními spouštěči jsou tedy chronický stres, často způsobený permanentním časovým tlakem a vysoké emoční napětí. Před stanovením diagnózy bereme na zřetel vícero faktorů: věk, pohlaví, sociální prostředí jedince, typologie osobnosti, a další, protože hranice mezi stresem, depresí a syndromem vyhoření je velice neostrá.

Vyhoření je způsobeno dlouhodobým pobytem v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Je doprovázeno poměrně vysokou psychickou zátěží, která postiženým jedincům komplikuje jejich stav, navíc tato psychická zátěž bývá spojována s typologií jedince (s určitými osobnostními rysy a charakteristikami), jako je například zvýšená senzitivita, zranitelnost, idealismus, nadměrné přebírání odpovědnosti či vlastní nevyřešené konflikty, můžeme sem však zahrnout i sociální prostředí jedince (zvyšující se nároky zaměstnavatele či nároky společnosti kladené na jedince).

Nejčastěji se vyhoření objevuje v profesích, které jsou označeny jako pomáhající, a tam, kde je nutný mezilidský kontakt. Proto nejčastěji postihuje zdravotníky (lékaře, zdravotní sestry, fyzioterapeuty atd.), psychology, pedagogy, sociální pracovníky, policii, soudce a právníky, pracovníky neziskového sektoru, asistenty, dobrovolníky apod.). Zřídka se vyskytuje u lidí pracujících striktně manuálně a u lidí s nižším vzděláním. Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní tím, že zasahuje pracovníky pomáhajících profesí, ale také se a priori jeho vznikem snižuje kvalita poskytovaných služeb.

Ve zdravotnické a sociální sféře může distancovaný přístup ke klientům / pacientům vést k závažným problémům. Nyní se však ukazuje, že projevy negativismu a cynismu jako součást syndromu vyhoření vůči kolegům a nadřízeným počinují

zaměstnanci také v jiných oblastech. Tím lze vysvětlit různé jevy jako například nepříznivé pracovní klima či vnitřní rezignaci a pasivitu pracovníků. Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Klienti/ pacienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako obtížný hmyz (Stock, 2010).

Podívejme se na syndrom vyhoření jako na celek, jako na celistvý proces, který se stále vyvíjí a nabírá různých podob. Můžeme hovořit o stádiích či jednotlivých fázích syndromu vyhoření. Tento proces vývoje může trvat několik měsíců, často je však syndrom vyhoření vyvrcholením procesu trvajícím řadu let a jeho jednotlivé fáze anebo stadia mají různé trvání. Syndrom vyhoření může začít u motivovaného nadšeného pracovníka už nástupem do zdravotnické či jiné pomáhající profese, o které má své představy a očekávání. (Venglářová a kol., 2011).

1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

2.2.1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví

Ve zdravotnických profesích můžeme nejdůležitější příčiny rozdělit do dvou základních kategorií. Patří sem tedy ukazatele bezprostředně související s výkonem profese – dělí se na tělesné faktory: vysoké statické zatížení (například operační sál), narušení cirkadiánního rytmu, nepravidelná strava, kontakt s léky, chemikáliemi, popřípadě dezinfekcí, radiací podobně, vysoké riziko infekce a (druhou podsložku) psychické faktory: rychlé pracovní tempo, vysoká zodpovědnost, nutnost neustále rychle a pružně reagovat, tzv. být ve střehu, nadměrná emoční vnímavost, kontakt s utrpením, bolestí, smrtí, nutnost komunikace s klientem/pacientem a jeho rodinou, konflikty mezi členy personálu jako důsledek neustálého vypětí. Za druhé jsou to ukazatele vycházející původně z pracovních podmínek: přetížení denní rutinou, vysoké nároky na pracovní výkon, špatné finanční ohodnocení, časté nebo neefektivní organizační změny, nárůst neefektivní administrativní zátěže, nízká podpora profesního růstu, nejasnost nebo nesrozumitelnost probíhajících nebo plánovaných změn, profesní nejistota (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010).

2.2.2. Obecné rizikové faktory

Obecným spouštěcím faktorem vzniku syndromu vyhoření je dlouhodobé působení chronického stresu pracovní povahy. Za vnitřní podstatný faktor, který ovlivňuje odolnost člověka vůči negativnímu účinku stresu, je pokládána jeho osobnost. Za další podstatný vnější a sociálně založený faktor považujeme sociální oporu, což lze vysvětlit jako komplexní systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí a jednak také z tohoto okolí přijímá (Kupka, M., 2008).

V prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007 jsou jako příčiny pracovního stresu uvedeny tyto faktory:

- *Nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa.*
- *Rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, například nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí.*
- *Úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, například snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou.*
- *Dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce (nárůst produktivity a následné zhuštění pracovní náplně).*
- *Zeštíhlení společnosti a nasmlouvání služeb s externími dodavateli.*
- *Rostoucí emocionální náročnost práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálních a emocionálních kompetencí, v důsledku sociálních změn se práce s klienty stává náročnější).*
- *Neslučitelnost zaměstnání a soukromého života (Stock, 2010 str 32.).*

2.2.3. Vnější rizikové faktory

Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření se dají rozdělit na dvě skupiny. Do první části patří **vnější faktory**. Tyto se týkají situace, prostředí a sociálního

kontextu, v němž jedinec žije. Jedná se o celkové podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o komplexní situaci v osobním životě jedince, či-li jeho rodinu a případně širší příbuzenský okruh, dále sem patří společnost, ve které žije a o podmínky, které jsou na něho dennodenně kladeny. *Pokud je někdo vystaven tlaku výhradně v důsledku působení vnějších rámcových podmínek a svého okolí, tedy bez výraznějšího vlastního přičinění, pak hovoříme o tzv. opotřebení, anglicky wearout* (Stock, 2010, str 25).

Pomáhající profese jsou specifické tím, že nám na jedné straně energii dodávají, na druhé straně však tuto energii intenzivně odčerpávají. Právě taková dlouhodobě záporná energetická nerovnováha vede k vzniku syndromu vyhoření. Pokud se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pro nás pomáhající mnohem silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se ale nedaří, je zrovna tak mnohem silnější i pochybnost. Mezi rizikové faktory v zaměstnání obecně náleží: zvýšená pracovní zátěž, trvalé působení rušivých vlivů, nedostatek samostatnosti a neustálá kontrola, bezohlednost kolegů a nespravedlnost nadřízených, nesoulad mezi hodnotovým systémem pracovníka (ohroženého jedince) a zaměstnavatele.

V posledních letech byly intenzivně zkoumány sociálně – psychologické souvislosti syndromu vyhoření, především ty, které usnadňují, či naopak omezují jeho vznik a rozvoj. Předpokládají, že za určitých podmínek se člověk může naučit myslet, cítit a jednat jako vyhořelý, například identifikuje-li se se skupinou, která má tendenci k vyhořelým způsobům jednání, prožívání a myšlení. Kupříkladu přijde-li mladý nadšený jedinec do pracovního prostředí již vyhořelého kolektivu. (Kebza, Šolcová, 2003).

2.2.4.Vnitřní rizikové faktory

Druhá skupina rizikových faktorů ovlivňujících možnost vzniku syndromu vyhoření jsou tzv. **vnitřní faktory**. Těmi můžeme nazývat různé osobnostní charakteristiky daného jedince, které podporují vznik syndromu vyhoření. Dále sem patří stav organismu, především celkový tělesný stav, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích. Znamená to, že spouštěče vzniku syndromu vyhoření se mohou skrývat i v charakterových vlastnostech postiženého jedince. Ve zkratce by se dalo říct, že nejvíce jsou ohroženi nadšenci, vysoce výkonní, nároční na sebe a pracující

nad úroveň svojí kapacity, vysoce zodpovědní a pečliví a mající vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání s druhými, nacházející se pod neustálou kontrolou a zároveň mají potřebu mít vše pod kontrolou. Patří sem i nevyzrálé osobnosti. Postižený člověk se trápí svým neúspěchem, neumí se vymanit ze stále se zvyšujících nároků na něho kladených, neumí si odpočinout, má nízkou úroveň zdravé asertivity - neumí říct ne, nezvládá konflikty, anebo často žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech, taktéž dlouhodobě více dává, než přijímá (konflikt rolí = konflikt mezi pečováním o vlastní a cizí) a prožívá nahromadění obtížných životních podmínek. Pokud k tomu připočteme byť jen trochu zhoršený fyzický stav a nepravidelný denní biorytmus, je vznik syndromu o to pravděpodobnější. Čím více uvedených znaků se u jedince kupí, tím více se znásobuje jejich vliv na člověka.

Charakteristika osobnosti se v podmínkách stresu promítá do průběhu zvládání stresu a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňuje hodnocení zátěžových situací a výběr strategií k jejich zvládnutí, a tím i následné psychické procesy (např. emoce) a jejich neuroendokrinní složku. Jisté osobnostní předpoklady tak inklinují k určitému stylu hodnocení a zvládání stresu a mohou být vysvětlením odlišného prahu zranitelnosti různých osob vůči stresu (Kebza, Šolcová, 2003).

2.2.5. Pracovní podmínky (kombinace vnitřních a vnějších faktorů) startující syndrom vyhoření

Většina jedinců obecně je ve své pomáhající profesi angažována především svou osobností, tudíž se do práce promítá i směs osobních motivů. Od práce takováto osoba očekává víc, dosáhnout pocitu uspokojení je samozřejmě těžší než v ostatních profesích. Základním nástrojem pomáhajících profesí, ať už jde o zdravotnictví, pedagogiku, sociologii, duchovenskou službu apod., je osobnost pomáhajících. Hranice možností jejího zatížení a její flexibility jsou zároveň hranicemi jejího konání. Největší nesnáze přitom přirozeně působí slabá místa jako případná nezralost, nevyřešené neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy, jež jsou u pomáhajících podstatně častější než v celkové populaci.

Co se týče zdravotnických profesí, existuje také hraniční teorie o vzniku syndromu pomahače, či syndromu pomáhajících, aneb sociálním syndromu, kdy jedinec cítí nutkavou potřebu pečovat o jiné a pomáhat druhým. Bývá to spojeno s upřednostňováním potřeb jiných lidí před vlastními potřebami a na užitečnosti druhým stojí jeho vlastní sebehodnocení. *Syndrom pomáhajících je specifická narcistická porucha, kdy člověk, který si zvolí pomáhající profesi, pokouší se často řešit nevědomě své rané trauma odmítnutého dítěte, svůj hlad po uznání, po empatickém porozumění a po vzájemnosti* (Schmitbauer, 2000 - úvod).

Pracovní podmínky, které se významně podílí na vzniku syndromu vyhoření:

- Dlouhodobý a bezprostřední styk s lidmi, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci.
- Příliš velká náročnost na přesnost a zodpovědnost v práci, často spojeno s nízkým oceněním, konkrétně sestry vydávají mnohdy více energie než dostávají, ocenění je potřeba nejen hmotné, ale i lidské.
- Nedostatek personálu, času, prostředků, tím vznikající přetíženost
- Neustálé ohrožení možným soudním procesem, pochybení se trestá, ale příčiny se nehledají a neřeší, chybí kladné oceňování provedené práce.
- Velká emoční zátěž.
- Dlouhou dobu trvající pracovní přetížení.
- Mnohdy nelze vyhovět očekáváním a požadavkům jiných, práce bývá v uzavřeném kolektivu, který je rigidní, strnulý, kolektiv nechrání, jen nutí.
- Vedení necitlivé k potřebám podřízených.
- Bezprostřední kontakt s lidskými výměšky, zraněním, utrpením, umíráním a smrtí.
- Setkávání se s agresivními klienty, klienti vyžadují zázrak jako samozřejmost.
- Příliš velký rozdíl mezi představami a realitou.

- Autonomie pracovní činnosti, kdy pracovník má možnost rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách. Ve zdravotnictví se většinou pracuje ve směnném provozu, přestože jde o pevně stanovené postupy, je nutné rychle reagovat na proměnlivou situaci, přičemž tím míníme nejen stav pacienta, ale i reakce na aktuální potřeby oddělení.

Čím více se hromadí uvedené znaky, tím rychleji mohou pracovní podmínky nastartovat proces vyhoření.

1.3 Fáze vyhoření

1.3.1 Fáze dle Edelwicha a Brodského

Podle Edelwicha a Brodského (Edelwich, Brodsky in Mallotová, 2000) můžeme rozlišit pět fází vyhoření:

1. idealistické nadšení – pracovník je plný elánu a nerealistických očekávání, zaměstnání ho naplňuje, je ztotožněn se svojí profesí, je přesvědčený, že práce naplňuje jeho smysl života a tak zanedbává mimopracovní aktivity. Největší hrozbou tohoto stadia je ztotožnění se s pacienty/ klienty a neefektivní vydávání energie, které se často spojuje s dobrovolným přepracováním, protože jedinec pracuje s nadprůměrným nasazením. Velké ideály a množství energie v prvotním nadšení, taktéž zaujetí pro věc bývá posléze v rozporu s nereálnými nároky, které dotyčný klade na sebe i své okolí, čímž dochází k trvalému přetěžování. Jsou dokonce lidé, kteří se do práce zcela ponoří a díky ní pak zažívají pocit uspokojení. I zde jde především o vyváženost, umírněnost a odpovídající kompenzaci.

2. stagnace – počáteční nadšení upadá, pracovník se ve své profesi již zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že nemůže plnit všechny své ideály. Zažil už několik zklamání. Věci, které dříve považoval za bezpředmětné či méně důležité (finanční ohodnocení, možnost kariérního růstu), se nyní dostávají do popředí jeho zájmu. Rodinný život začíná mít první trhliny – celý dosavadní život měl omezen pouze na práci. Začíná se objevovat psychické a částečně i fyzické vyčerpání.

3. frustrace – jedinec začíná pochybovat o smyslu a efektivitě své práce, protože se opakovaně střetl s nespolutracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Mohou se objevit spory s nadřízenými a počínající emocionální a fyzické problémy. Pracovník si uvědomuje vlastní bezmocnost. V důsledku propastného rozdílu mezi tím, co by chtěl udělat, a tím, co lze reálně provést, vzrůstá jeho zklamání.

4. apatie – objevuje se, když je člověk v práci trvale frustrovaný a nemá možnost tuto situaci změnit. Zároveň tuto práci potřebuje, poněvadž pro něho představuje zdroj obživy. Apatie se projevuje tím, že člověk dělá jen to, co má v náplni práce a vyhýbá se novým úkolům. Dominuje snaha udržet si jisté místo, ale příliš se nenamáhat. K tomu se přidávají pocity rezignace, popřípadě zoufalství, způsobené nedostatkem jiných možností uplatnění.

5. intervence – je to jakýkoli krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení zklamání. Intervence může znamenat, že si člověk najde víc času na soukromý život, odjede na dovolenou, najde si nové přátele, a nebo se začne vzdělávat, aby získal lepší místo a uspokojil svoji potřebu seberealizace.

1.3.2 Rozdělení syndromu vyhoření

Existuje řada vymezení a pojetí syndromu vyhoření, která se často v různých úhlech pohledu na toto téma liší. Obecně lze říci, že většina názorů se shoduje alespoň v následujících bodech:

- 1. Jde tu především o psychický proces spojený s vyčerpáním.*
- 2. Vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi.*
- 3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.*
- 4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a opotřebení a často i celková únava.*
- 5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.*

(Kebza, Šolcová, 2003 in Bartošíková, 2006)

Jiné členění procesu vyhoření nám nabízí A.Laengle:

fáze nadšení – člověk se pro něco cele nadchl, má konkrétní cíl, jeho konání mu připadá smysluplné, protože usnadňuje cestu k vytyčenému cíli. Hlavním tématem je zde smysluplnost.

fáze vedlejšího zájmu – z prostředku se začíná stávat cíl. Jedinec už není motivován samotným cílem a jeho dosažením, ale prostředky, které za tuto práci získává. Žádoucím se stal vedlejší produkt. Přestává být tím, kým chtěl, čeho chtěl dosáhnout, přesto v profesi dále funguje, jeho nadšení začíná pohasínat.

fáze popela – jedinec ztrácí úctu k ostatním lidem, ke klientům, nerespektuje je, vidí v nich věci, zároveň ztrácí úctu i k sobě samému, k vlastnímu životu, neváží si vlastního snažení, vlastních přesvědčení, ztrácí smysl života (Laengle in Křivohlavý, 1998).

Pojetí syndromu vyhoření dle Maslachové a Jacksonové:

Dalšími autory, resp. autorkami, které se věnovaly řadu let výzkumu vyhoření jsou C. Maslachová a S. Jacksonová (z kalifornské státní univerzity v Berkeley). Ve svém dotazníku MBI vytvořily tři škály, kterými měří syndrom vyhoření a které jsou zároveň dalším popisem vyhoření:

Emocionální vyčerpání /emotional exhaustion/, které zachycuje vyčerpání citových zdrojů a rezerv, které má za následek pocit, že pracovník už nemá co nabídnout, prožívá beznaděj, bezmoc, deprese, pronikavý pesimismus do budoucna.

Depersonalizace /depersonalization/, která popisuje především intenzivní negativní postoje k pacientovi, k sobě samému, k práci, k životu všeobecně. Cynismus, ironie a pocit odcizení se projevuje necitlivou a neosobní odezvou na chování jiných osob. Bývají projevy jako nekolegiální jednání, konflikty i v rodině, ztráta přátel, omezení zájmů.

Snížení pracovního výkonu /diminished personal accomplishment/ spojené s pocitem nedostatku vlastní kompetence a úspěšnosti v práci, což se projevuje

neefektivností, nedosahováním stanoveného cíle zvláště v oblasti, kterou člověk považoval za svoji, nespokojenost se sebou samým (Bartošíková, 2006).

1.4 Příznaky syndromu vyhoření

1.4.1 Hlavní symptomy

1. emocionální - jedná se o pocity, které bývají spojovány spíše s depresí, jisté shodné rysy zde skutečně můžeme najít: sklíčenost, bezmocnost, beznaděj, sebevražedné myšlenky, strach, prázdnota, apatie, podrážděnost a nervozita, ztráta zájmu o osobní růst, taktéž ztráta sebeovládání jako např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku a v neposlední řadě ztráta odvahy a osamocení. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi jak v práci, tak postupně i v rodinném životě, přičemž rodina a přátelé se stávají pro jedince další zátěží.

2. fyzické – projevují se chronickou únavou, svalovou bolestí (př. bolesti zad či jiná nespecifická tělesná bolest), nedostatkem energie a pocity slabosti, je přítomna zvýšená náchylnost k infekčním onemocněním, poruchy spánku, funkční poruchy (psychosomatická onemocnění – kardiovaskulární potíže jako bušení srdce, dále gastrointestinální obtíže, kdy bývají přítomny i změny stravovacích návyků spojené se změnami tělesné hmotnosti), poruchy paměti a soustředění. Fyzická únava ze sportu nebo po zvýšené námaze po odpočinku přejde, únava při syndromu vyhoření není ovlivněna fyzickým výkonem, dostavuje se zpravidla večer, pracovník má pocit rozlámaného těla, někdy cítí zvýšenou potřebu spánku, avšak tento je nedostačující, mělký, jedinec je ráno neodpočatý. Někdy nastává rovnou nespavost. Pocit únavy je spojen s psychickou vinou a dojmem svého celkového selhávání, mnohdy s až celkovým vyčerpáním organismu. Je vyšší náchylnost k nehodám a zvyšuje se riziko zneužívání návykových látek: nikotin, alkohol, kofein, nadužívání psychofarmak a analgetik, až drogová závislost.

3. psychosociální – se odrazí v negativních postojích k sobě, k jiným a projevy odcizení. Postižený si přenáší pracovní problémy domů a rodina i přátelé si začínají všimnat určitých změn. Dotyčný je podrážděný, mívá záchvaty vzteku a zlosti – nekontrolovatelné verbální projevy hněvu, avšak bývá i zvýšeně smutný, může nastat

celkový útlum a depresivita. V extrémních případech dochází ke zpřetrhání všech dosavadních sociálních vazeb a k dobrovolné izolaci. Jedinec je podezřívavý a vztahovačný a pokud možno, vyhýbá se pracovním povinnostem. Snižuje se spontaneita, kreativita, veškerá činnost upadá do rutinních postupů a myšlenkových stereotypů. Život jako takový přestává mít perspektivu, netěší se na budoucnost, vytrácí se jeho smysl, mohou se objevovat až suicidální tendence. Proto se syndrom vyhoření často definuje jako postupující ztráta energie a idealismu.

4. pracovní - u jedince nastupuje přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti nebo naopak přezíravý postoj člověka k okolí, který může v krajním případě přerůst až v pohrdavé, sarkastické a agresivní chování. Dále postižený bývá přesvědčený, že nic už nemá cenu, dochází k poklesu až naprosté ztrátě zájmu o témata související s profesí, často se objevuje negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána, pracovní činnost se redukuje na rutinní postupy. Přístup ke klientům/pacientům je zvýšeně negativistický, cynický a zvýšeně iritabilní. K tomu všemu přibývá i celkový útlum sociability, převažuje lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhými, sebelítost a velmi intenzivní prožitek nedostatku uznání. Postižený nyní k provedení úkonů, jež dříve bez problémů zvládal, potřebuje mnohonásobně více času a energie. Mezi projevy poklesu výkonnosti patří nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita, vyšší spotřeba času a energie, ztráta nadšení, nerozhodnost, ztráta motivace a pocit selhání (Stock, 2010).

1.4.2 Měření symptomů - diagnostika syndromu vyhoření

Dotazník **Inventář projevů syndromu vyhoření** (podle C.Henniga a G.Kellera) obsahuje 24 otázek, na každou z nich je možno odpovědět od 0 do 4 bodů, přičemž jednotlivé otázky pospojované do skupin tvoří 4 roviny, z nichž poté vychází respondentův individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24. Rozumovou rovinu tvoří položky č. 1, 5, 9, 13, 17, 21. Emocionální rovinu pak položky č. 2, 6, 10, 14, 18, 22, dále tělesnou rovinu položky č. 3, 7, 11, 15, 19, 23 a nakonec sociální rovinu znázorňují položky č. 4, 8, 12, 16, 20, 24.

Součtem všech čtyř rovin se získá celková míra náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96. Test není hodnotící, slouží jako

orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není něco v pořádku. Vyšší hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin napovídají, které složce osobnosti je potřeba se více věnovat. (T. a J. Tošnerovi, 2002).

Pomocí dotazníku **Burnout measure** můžeme zjistit míru psychického vyhoření. BM byl vytvořen A. Pines, E. Aronson a D. Kafry roku 1981. Jedná se o druhou nejčastěji používanou metodu k diagnostice syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 1998)

Tento dotazník se skládá z 21 položek, které se hodnotí podle sedmibodové škály typu „Jak často“. Je zaměřen na tři základní aspekty syndromu vyhoření a to na pocity fyzického vyčerpání, emocionálního vyčerpání a psychického vyčerpání. (Křivohlavý, 1998). Výsledky se interpretují podle hodnoty BQ (burnout quotient) a ta je hodnotou psychického vyčerpání postiženého jedince. Výsledky BM jsou hodnoceny podle tabulky, která byla vytvořena výše zmíněnými autorkami. Hodnoty BQ jsou rozděleny do pěti skupin a každá skupina určuje míru ohrožení syndromem vyhoření.

Skupina, která dosáhla nejnižší hodnoty BQ = 2 a méně, je ohodnocena dobrým výsledkem BM a není ohrožena syndromem vyhoření. Naopak u skupiny, která dosáhla nejvyššího výsledku BQ = 5 a více, je již přítomný syndrom vyhoření s velice rozvinutými příznaky. Průměrná hodnota BQ je 3,3. (Křivohlavý, 1998). Faktorové analytické studie však potvrdily, že všechny položky sytí pouze jeden hlavní a dominující faktor, tj. vyčerpání (Kebza, Šolcová, 2003).

Dotazník **Maslach Burnout Inventory** ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí vytvořily autorky C. Maslach a S. Jackson 1981 a 1986. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory (BAKKER, A.B., DEMEREOUTI, E., SCHAUFELI, W.B., 2002). Dotazník se zaměřuje jak na sílu, tak na četnost pocitů. Existují dvě verze tohoto dotazníku. V původní verzi jsou všechny položky posuzovány ve dvou dimenzích, a to na dvou škálách 1) z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků a 2) z hlediska jejich intenzity. Druhou verzi dotazníku autorky zjednodušily a vypustily škálu intenzity. Po dalších deseti letech byla publikována třetí verze tohoto

dotazníku, v níž došlo k zásadnějším změnám, byly v něm vytvořeny tři nové subškály (Kebza, Šolcová, 2003.) Dosud nejsou české normy – česká verze byla vytvořena pro Zdravotní ústav se sídlem v Brně (Kocmanová 2005 in Bartošíková 2006).

1.5 Léčba syndromu vyhoření

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s léčbou co nejdříve. Nejsnazší je bojovat s vyhořením už ve fázi stagnace. Bohužel jde však o plíživý proces, a proto si mnoho lidí ani neuvědomí, že se blíží nějaké nebezpečí. Pokud tedy problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, je nejefektivnější svěřit se do péče psychologů či psychiatrů.

Při léčbě se používají tzv. psychoterapeutické zdroje. Mezi tyto zdroje patří existenciální psychoterapie, což vyplývá ze souvislostí. V amerických podmínkách se existenciální psychoterapie soustřeďuje na vnitřní svět prožitků, na smysl života, svobody. V Evropě se na tuto metodu utvořily dvě psychoterapeutické školy. (Kebza, Šolcová, 2003). První z nich je tzv. daseinsanalýza, která se snaží jedinci pomoci nalézt cestu k pochopení jeho existence. Klade podstatný důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality. Daseinsanalýza se nezaměřuje na to, jaký byl jedinec v minulosti, ale na to, kam směřuje – na budoucnost. Cílem této metody je pochopení vlastní existence a naučit se být sám sebou. Terapeut je zde jako konzultant, který nabízí různá doporučení, nikoliv příkazy (Kebza, Šolcová, 2003).

Dalším existenciálním východiskem je logoterapie. Za cíl si tato metoda vytyčila pomoci jedinci vyhledat řešení v situacích existenciální frustrace prostřednictvím nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot (Kebza, Šolcová, 2003).

Úspěchy jsou pozorovány u kognitivně-behaviorální terapie. Zvolený postup však závisí především na domluvě mezi terapeutem a postiženým jedincem. Terapie se pak zabývá především otázkami zdravého životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realističtějšího postoje k zaměstnání. Důležitá je i pomoc ze strany zaměstnavatele, který může přistoupit k určitým opatřením, jako například snížení požadavků na pracujícího a vytvoření nesoutěživého prostředí na pracovišti. Dalšími kroky může být změna pracovní pozice či nové vymezení pracovních povinností.

2. Syndrom vyhoření v klinické praxi ve zdravotnické záchranné službě

2.1 Organizace přednemocniční neodkladné péče

Zdravotnickou záchrannou službu v České republice provozují jednotlivé krajské zdravotnické záchranné služby, kdy zřizovatelem je kraj, dále se organizačně člení na jednotlivé oblasti a jednotlivá výjezdová stanoviště. Obecně strukturálně sem náleží řídicí úsek (ředitel, provozní náměstek, ekonomický náměstek, personální náměstek a lékařský náměstek), úsek krajského operačního střediska, úsek krizového managementu a zdravotní úsek. Toto rozdělení není dogma, záleží na organizační struktuře jednotlivých krajských Zdravotnických záchranných služeb.

Přednemocniční neodkladná péče je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění a v průběhu jejich transportu a předání k dalšímu odbornému ošetření ve zdravotnickém zařízení. **Je indikována a zdravotnickou záchrannou službou poskytována při stavech:**

a) závažným postižením zdraví náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které působí prohlubování chorobných změn, jež mohou vést bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až k náhlé smrti, nebo náhle vzniklá intenzivní bolest nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob,

b) přímým ohrožením života náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které vede nebo bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby by mohlo vést k náhlému selhání některé ze základních životních funkcí lidského organismu,

c) tísňovou výzvou vyhodnocené volání na národní číslo tísňového volání 155 nebo výzva předaná operačním střediskem jiné složky integrovaného záchranného systému,

d) cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče nejbližše dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování

zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života,

e) přednemocniční neodkladnou péčí neodkladná péče poskytovaná pacientovi na místě vzniku závažného postižení zdraví nebo přímého ohrožení života (dále jen „místo události“) a během jeho přepravy k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. (Zákon č.374/2011 Sb.,o zdravotnické záchranné službě, strana č. 4839)

V celé České republice jsou tísňové výzvy na telefonním čísle 155 nebo na lince Evropského mezinárodního tísňového čísla 112 (u nás v České republice se nazývá TCTV, Telefonní centrum tísňového volání) kdy výzvu přijímá operační středisko a operátoři Hasičského záchranného sboru a po převzetí jí přesměruje na Krajské operační středisko spádové zdravotnické záchranné služby. Toto číslo lze volat i z mobilních telefonů v pokrytí kteréhokoliv operátora, i zdarma bez SIM karty, lze jej zadat i přes zamknutou klávesnici telefonu nebo místo PIN, hovory jsou směrovány řídicímu operačnímu středisku příslušné zdravotnické záchranné služby.

Po vyhodnocení tísňové výzvy jsou nasazeny nejvhodnější zdravotnické síly a prostředky tak, aby se postiženému dostalo optimální pomoci jak z hlediska naléhavosti, tak kvality péče. Tísňovou výzvu přijímá a o nasazení příslušného typu výjezdové skupiny rozhoduje operátor/ka (kvalifikovaný nelékařský zdravotnický pracovník) Krajského operačního střediska (KOS) místně příslušné Zdravotnické záchranné služby (ZZS). Maximální dojezdová doba mimo zvláštních okolností (např. nemožnost přejetí železničního přejezdu pro závory) je legislativně stanovena na 20 min a je pro záchrannou službu závazná. Audio záznamy, které mají časovou stopu, jsou archivovány minimálně 3 měsíce, záznamy o výjezdu 5 let a kniha výjezdů 10 let. Ve zdravotnické záchranné službě je obdobně jako v nemocniční složce uplatňován princip diferencované péče, jejíž rozsah a stupeň je určován zdravotním stavem postižených osob. Pro potřeby přednemocniční neodkladné péče se využívají vlastní výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby charakteru:

- **RZP** = rychlá zdravotnická pomoc = řidič + všeobecná sestra (nebo záchranář)
- **RV** = rendez – vous (setkávací systém) = osobní vůz: řidič + atestovaný lékař (lékař zaléčí, rozhodne o transportu a případně na místo dojíždí posádka RZP), zkracují se tak dojezdové časy a zvyšuje dostupnost lékaře.

- **RLP** = rychlá lékařská pomoc = RZP + atestovaný lékař
- **LZZS** = letecká zdravotnická záchranná služba = atestovaný lékař + všeobecná sestra (záchranař) + pilot
- **DRNR** = doprava raněných, nemocných a rodiček, je záložní kapacitou pro řešení mimořádných událostí (Bydžovský J., 2008).

Rozsah činností zabezpečovaných zdravotnickou záchrannou službou je dán:

- a) Zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- b) Zákonem č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů.
- c) Zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
- d) Zákonem č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě.

2.2 Profese člena výjezdové posádky

U lékařů je pro práci na záchranné službě vyžadována atestace v některém ze základních oborů (anesteziologie – resuscitace, interna, chirurgie, všeobecné lékařství, pediatrie). V roce 2004 se zákonem číslo 95/2004 Sb. rozšířil výběr specializačních oborů), u vedoucích pracovníků bývá vyžadována atestace z urgentní medicíny.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou všeobecné sestry s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou a následnou pomaturitní specializací v akutní medicíně = ARIP, SIP (Sestra pro intenzivní péči) nebo všeobecná diplomovaná sestra (Dis., což znamená diplomovaný specialista) s absolvovaným studiem ARIP, SIP a v neposlední řadě jsou to všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním typu Bc. a Mgr. všeobecná sestra, obor ošetrovatelství, nicméně i v tomto případě je vyžadována ještě specializace ARIP. Dalším typem nelékařských zdravotnických pracovníků jsou diplomovaní zdravotničtí záchranaři, kteří získávají vzdělání zaměřené úzce na práci ve

zdravotnické záchranné službě v tříletém pomaturitním oboru na vyšších a vysokých školách.

2.3 Pracovní prostředí výjezdových posádek a základní požadavky na osobnost člena výjezdové posádky

Specifické je i pracovní prostředí výjezdových posádek. Oproti komfortu nemocničního prostředí jsou posádky nuceny pracovat v těžkých podmínkách v terénu, mnohdy ve špíně, hluku a za různých meteorologických podmínek (zima, horko, déšť, sněh). Škála pacientů, kterým je poskytována pomoc, je velmi rozsáhlá – muži, ženy, děti, geriatrictí pacienti, cizinci, různé etnické skupiny, lidé různého sociálního zařazení, přičemž lidé málokdy poděkují. Posádky pracují vždy v cizím prostředí. K setkávání s lidmi dochází takřka v nejhorších situacích, taktéž se setkávají i s nejhoršími lidmi. Posádky přijíždějí na místa, kde před tím nikdy nebyly a dostávají se do situací, se kterými v minulosti neměly možnost střetu, naprostá nepředvídatelnost situací.

Celá činnost výjezdové posádky je zaměřena na kvalitní poskytnutí přednemocniční neodkladné péče a stabilizaci stavu pacienta, jeho bezpečný transport do spádového zdravotnického zařízení, a v neposlední řadě v případě úmrtí pacienta i na ohleduplné jednání s pozůstalými. Posádky přicházejí do styku s nejen různě trpícími lidmi, ale i s lidmi s rodinnými, sociálními, psychickými problémy. Často vidí havárie, nehody, sebevraždy a suicidální pokusy, násilné činy, rozličná neštěstí, kde dochází k porušení integrity poškozeného klienta/pacienta, jedná se o velmi emočně vypjaté situace. Velmi deprimující je pro celou posádku úmrtí a/nebo kardiopulmonální resuscitace dítěte. Stravování i osobní hygiena probíhají ve spěchu a stresu. A v neposlední řadě jsou na všechny členy výjezdové posádky kladeny vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivní chování, rovněž vysoké nároky na odbornost, teoretické znalosti a praktické schopnosti. Základní požadavky na osobnost člena výjezdové posádky (myšleno ať už lékaře nebo nelékařského zdravotnického pracovníka či řidiče): znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost (Bydžovský J., 2008).

2.4 Osobnost všeobecné sestry v urgentní medicíně

Základním předpokladem pro vykonávání povolání všeobecné sestry je absolvování příslušné školy, adaptačního období, další vzdělávání atd. Kromě těchto zcela jasných podmínek jsou zde osobnostní předpoklady. Osobnost je utvářena na biologickém základě, kromě vlivu genetiky a prostředí je významné rozhodování jedince, regulace postojů a chování. Mezi nejpodstatnější povahové rysy určující řadu reakcí na stres patří extroverze a introverze. Pohotovost a sílu reakcí mapuje škála nazvaná labilita (neuroticismus)/ stabilita. Za důležitou oblast jsou považovány sociální kompetence a stále častěji se mluví o sociální inteligenci, do které spadá sociální percepce jako schopnost vnímání lidí, dále sociabilita a komunikativnost, schopnost týmové spolupráce a umění řešení konfliktů (Venglářová M. a kol., 2011).

Mezi vlastnosti ztěžující práci všeobecné sestry vedoucí mnohdy podstatnou měrou k vyčerpání jedince patří perfekcionismus, protože výkonní dříči mívají pro sebe i druhé vysokou laťku a snaží se být nejlepší. Všeobecné sestry, které mají k vyhoření sklony, mají další společné rysy: pevná vůle a odhodlanost, workoholismus, přecitlivělost, přehnaná empatičnost, snížené sebevědomí, značná cílevědomost, nadměrná zodpovědnost, sklony k soběstačnosti, značná soutěživost, častý odpor k pravidlům. Často žijí z úspěchů a uznání, které z něho pramení. (Venglářová M. a kol, 2011)

Dalším problémem je izolovanost v sociální oblasti pramenící z povinnosti zachovat mlčenlivost, kdy zdravotníci nemohou v soukromí o svých pracovních problémech hovořit, mnohdy se tak vzdalují svým rodinám, narušují přátelské a partnerské vazby. Emoční zátěž pracovníka závisí na postavení jedince v týmu a na míře jeho zodpovědnosti – viz rozlišení posádek RZP a RLP. Důležitý je typ onemocnění, fáze onemocnění klienta/pacienta, popřípadě vědomí o nemožnosti jeho uzdravení. Nejistotu může způsobovat úvaha o správnosti zvolené terapie. Všeobecné sestry také mohou nelibě nést a prožívat míru jistého utrpení, které svými zákroky a léčebnými procedurami způsobují pacientovi. (Kupka M., 2008)

Zdravotnický pracovník ZZS potřebuje k úspěšné práci vedle odborných znalostí, dovedností a zkušeností stejnou měrou i vůli pomáhat co nejlépe, a to i za náročných, obtížných okolností, osobám postiženým akutním onemocněním nebo úrazem s využitím

všech jemu dostupných prostředků. Při poskytování zdravotní péče u akutních stavů a stavů bezprostředně ohrožujících život může rozdíl mezi laxním přístupem a maximálním úsilím o úspěšnou intervenci znamenat rozdíl mezi úspěchem a neúspěchem, mezi záchranou života nebo smrtí postiženého, resp. mezi jeho úplným zotavením a komplikacemi s trvalými následky. Za nejdůležitější morální – etické – vlastnosti pracovníka ZZS urgentní medicíny lze považovat vědomí odpovědnosti, odhodlanost k náhle požadovaným výkonům a schopnost správného rozhodování při řešení akutního případu (Pokorný J. et al, 2004, strana 11, “ Etika v urgentní medicíně“)

2.5 Pracovní stres ve zdravotnické záchranné službě

Toto povolání je mimořádně náročné a plné stresů právě pro množství nepředvídatelných situací, které musí zdravotníci řešit bez přítomnosti bezpečnostních signálů. Nejen zaměstnanci zdravotnických záchranných služeb jsou ohroženi chronickým stresem, ale patří sem ostatní složky Integrovaného záchranného systému jako hasiči, policie, armáda, letci – piloti vrtulníků zdravotnických záchranných služeb atd. Vlivem dlouhodobého psychického zatížení v průběhu pracovního procesu se zhoršuje pracovní výkonnost, především se objevují poruchy vnímání a koncentrace pozornosti, zpomaluje se motorická činnost, procesy myšlení a rozhodování, oslabuje se paměť. (Schreiber, V 1985) Dochází potom k pracovním úrazům, nehodám, k chybným rozhodnutím a ke konfliktům na pracovišti. Účinky pracovního stresu se projevují jako fyziologické poruchy, emocionální poruchy a poruchy chování, v nejzávažší míře právě dochází ke vzniku syndromu vyhoření.

2.6 Obecné faktory ovlivňující prožívání stresu ve zdravotnictví

Vnímání (percepce) – umožňuje zdravotníkovi vybírat a zpracovávat informace z prostředí. Percepci může ovlivnit předchozí zkušenost se stresem.

Minulá zkušenost – člověk prožívá některé situace víceméně jako stresové v závislosti na předcházející zkušenosti. Určitá praxe může zdravotníka ovlivňovat ve

smyslu oslabení pocitů z nového působení stresu. Vztah mezi zkušeností a stresem je založený na posílení jednotlivce, na zvýšení jeho odolnosti vůči stresu.

Sociální podpora – přítomnost, anebo absence spolupracovníků a nadřízených působí na reakce zdravotníka v průběhu stresové situace, tato může zvýšit jeho sebedůvěru a podpořit ho při překonávání stresu. Velmi důležité je chování a jednání spolupracovníka – kolegy, měl by být nejen přátelský a podporovat svého kolegu, ale i přiměřeně kritický když je to potřebné.

Individuální rozdíly – osobnostní charakteristiky, individuální rozdíly v potřebách, hodnotách, postojích a schopnostech ovlivňují to, jak zdravotníci získávají zkušenosti ze stresu na pracovišti. Stejnou situaci v organizaci prožívají někteří zdravotníci jako vysoce stresové, jiní si jí sotva všimnou. (Baštecká, Goldman, 2001)

2.7 Systém psychosociální intervenční služby

Systém psychosociální intervenční služby v rámci ZZS se tvoří v průběhu posledních let. Mezi prvními započala s aktivitami psychosociální intervenční péče a vzdělávání v této oblasti Praha, Středočeská a Moravskoslezská záchranná služba – kolem roku 1998, postupně se přidávaly další (viz Příloha C – Vývojové diagramy).

V roce 2002 - 2007 byly proškoleny první skupiny zejména psychologů a psychiatrů v posttraumatické intervenční službě (CISM - Critical Incident Stress Management). Což je soubor opatření, který se týká řízení a zvládání stresu před, při a po událostech mimořádného charakteru (Mitchel, 2006). Systém zahrnuje opatření pro zvládání stresu mimořádných událostí při přípravě na událost - vzdělávání, školení, životní styl, v jejím průběhu je to první psychologická a psychosociální pomoc na místě události a v době vyrovnávání se s jejími následky.

V té době se jednalo o hledání nejvhodnější podoby péče pro ZZS, hodně se spolupracovalo s HZS a MVČR, kde tento systém již byl zaveden dříve. V roce 2009 začal oficiálně vznikat Systém psychosociální intervenční služby a od roku 2011 je oficiálně garantován MZČR, od roku 2009 pod oborem Krizové připravenosti, projekt má název Psychosociální intervenční služba (PIS) a je od dubna 2012 zakotven

v Zákoně 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě v paragrafu 16 o krizové připravenosti, odstavec b. (viz Příloha C – Okruhy PIS).

V některých krajích již od roku 2009 tato péče dobře běží, probíhají jak skupinové, tak individuální formy péče. V každém kraji je určený koordinátor, který pod sebou soustřeďuje peery, což jsou vyškolení profesní kolegové, kteří prošli buď kursem Critical incident stress management nebo kurzem v NCONZO Brno (Peer program péče) či na základě již proběhlého peer výcviku v rámci HZS. Nejčastěji jde o zdravotníka, který je členem týmu PIS. Peerem může být také lékař, krizový manager, aj. (Schumacher, Čepická, 2003)

Nyní by měla péče fungovat ve všech krajích, nebo spíše řečeno, každý kraj má koordinátora a nějaké peery. Spíše je těžké pro tuto péči získat ředitele organizací a také naučit zaměstnance, že něco takového existuje a že si o tuto péči mohou říci. Dalším úskalím je, že péče většinou není nikde zakotvena. Některé ZZS ji mají v kolektivní smlouvě, jiné na to mají směrnici, někdo nic. Ze zákona o ZZS vyplývá, že by měla být zajištěna v případě mimořádné události. Ale systém je myšlen tak, že bude fungovat i při normálním provozu. Ukazuje se, že nejvíce je využíván individuální kontakt, kdy peeři buď sami péči nabízejí anebo si zaměstnanci za nimi chodí tzv. popovídat.

Programy mají především preventivní charakter a jsou realizovány v několika rovinách. V první řadě je to vzdělávání zdravotnických pracovníků v problematice stresu a nadlimitně zátěžových situací, jejich působení a rizik. Patří sem také otázky komunikace v krizových situacích, kontakt s agresivním pacientem a podobně. Pokud jsou profesionálové vystaveni vysoce zátěžové události, pracuje se po jejím skončení s posádkou, která na místě zasahovala skupinově. Jde o metody debriefingu a defusingu - skupinová sezení, při nichž se postupuje formou řízeného rozhovoru. Pracovníci mají v rámci PIS také možnost individuálního kontaktu s vyškoleným peerem nebo odborníkem na duševní zdraví. Na záchranných službách, spíše výjimečně zatím v nemocnicích, již v řadě krajů vyškolení kolegové (peeři) jsou, někde externě pracují i psychologové. (Schumacher, Čepická, 2007)

Profesně obtížné situace, při kterých je poskytována psychosociální intervenční služba v rámci organizace:

- obzvlášť tragické události
- nehody s množstvím obětí
- extrémně devastované oběti
- úmrtí nebo těžké poranění dětí
- úmrtí či vážné zranění kolegů nebo blízkých osob
- zásah u osoby blízké
- úmrtí oběti v průběhu záchranné práce
- nezdařený záchranný pokus spojený s pocity bezmoci
- přírodní katastrofy
- dlouhodobé nasazení při zásahu v souvislosti se záchrannými pracemi
- svědek sebevraždy, sebevraždy kolegy
- ohrožení vlastního života nebo zdraví
- selhání jednotlivce
- negativně medializovaný zásah
- náročná profesní situace u nového zaměstnance
- dopravní nehoda posádky ZZS
- ohrožení či poškození pacienta chybným rozhodnutím při výkonu práce (Mitchell, Everly, 2001 a Bydžovský, J. 2006)

2.7.1 Metody psychosociální intervenční služby (PIS)

Hlavním cílem PIS je podpora při zvládání psychické zátěže, snížení rizika profesního selhání a vzniku syndromu vyhoření, také sem patří seznámení zaměstnance s možnostmi zacházení se stresem. Psychosociální intervenční služba je určena lékařům, všeobecným sestrám a záchranářům, řidičům sanitních vozidel, operátorkám, sanitářům i managementu. Mezi podoby péče patří samotná péče pro kritické události a preventivní péče. Do péče pro kritické události zahrnujeme individuální podporu a skupinovou podporu. Skupinová podpora zahrnuje defusing, debriefing a demobilizaci, provádějí ji peeri (profesní kolegové) a odborníci na duševní zdraví, kteří jsou vyškoleni v systému CISM nebo Peer program při NCONZO Brno.

Defusing neboli zklidnění je péče poskytnutá záchranáři nebo účastníku mimořádné události, který v souvislosti s plněním pracovních povinností prodělal traumatizující událost, (tzv. zneškodnění) obvykle pro 1-3 postižené, vede ho psycholog

a vyškolený peer, do 8 hod po kritické události, doba trvání 20-90 minut.(Štancel, Vargová, Majdišová, 2012)

Debriefing je péče poskytnutá záchranáři nebo účastníkovi mimořádné události, který v souvislosti s plněním pracovních povinností prodělal traumatizující událost. Formalizovaný postup, vede ho psycholog a 2 vyškolení peeri, pracují se skupinovou dynamikou 2-10 účastníků, měla by se uskutečnit do 72 hodin po události, trvá nejméně tři hodiny (Štancel, Vargová, Majdišová, 2012)

Demobilizace se používá při katastrofách většího rozsahu, používá se přímo po katastrofě, nabízí ihned obnovu sil a snížení stresu.(Štancel, Vargová, Majdišová, 2012)

Mezi etické zásady peerů a odborníků na duševní zdraví patří důvěrnost, dobrovolnost, mlčenlivost, anonymita a příslušné kompetence.

3. Prevence syndromu vyhoření

3.1 Salutogeneze

S pojmem salutogeneze přišel poprvé lékař a sociolog Aaron Antonovsky: *Untraveling the Mystery of Health*. Pojem salutogeneze se ve svém základu skládá ze dvou slov: salus = zdraví, blaho, atd., genesis = vznik. Salutogeneze je teorie o schopnosti jedince udržovat si dobré fyzické a psychické zdraví na základě tzv. osobnostního faktoru = SOC (Sense of coherence), který zahrnuje 3 roviny přesvědčení: 1. Svět a život jsou srozumitelné, 2. Život je zvládnutelný, 3. Život má smysl.

Tento přístup je objevený v tom, že nehledá příčiny onemocnění, tomu v klasické medicíně odpovídá pojem patogeneze, ale pátrá po salutorech, to jest po tom, co nám dodává zdraví a sílu. Brát život jako smysluplný znamená, že člověk má cíle a závazky, má svůj hodnotový systém a řídí se morálními principy, je schopen ovlivňovat svoje životní role a cíle, je si vědom své hodnoty a důležitosti, je optimistický a má sebedůvěru.(Stock, 2010).

3.2 Supervize

Supervize slouží jako nástroj pravidelného očištění od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou, dále k osobnímu i profesionálnímu rozvoji. Odborně prováděná, pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervidovanému, ale v pomáhajících profesích, konkrétně ve zdravotnictví, především jeho klientům/pacientům. Supervize je profesionální pomocí při řešení problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho možném problému (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Rozlišuje se supervize administrativní, výuková a podpůrná.

***Administrativní** – jsou určité danosti, které má supervidovaný naplnit a supervizor k tomu napomáhá (například standardy práce, ošetrovatelské plány). Hlavním nástrojem provádění supervize je tedy objasňování a motivování supervidovaného, aby uspěl v dosahování zadaných cílů.*

***Výuková** - supervidovaný má dosáhnout určitých daností jako kompetencí, znalostí, dovedností či postojů, protože to buď sám chce anebo je to součástí jeho pracovní role, či proto, že to přispěje k lepší práci s klientem či zlepšení pracovní situace. Tady supervizor používá různých metod jak adepta motivovat ke kladení otázek a formulace potřeb učení, jak ho přivést k novému poznání, osvojení nových dovedností či nového postoje.*

***Podpůrná** – někdy také poradenská supervize, jde zde především o dodání síly a odvahy ke snášení stresu, ke zvládnutí vlastních reakcí, k překonávání obtíží v práci, ve vztazích s kolegy a s vedením organizace (Bartošíková, 2006, str63).*

3.3 Protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření

Reakce na stres je ovlivněna osobnostními rysy. Jedním druhem členění reakcí na stres je rozdělení osobností na typ A, typ B a nověji i typ D. Osobnost typu A je

ctižádostivá, silně orientovaná na výkon, perfekcionistická, vnitřně neklidná a v napětí. Osobnost typu B jedná ve stresových situacích s nadhledem, zachovává klid a rozvahu. Pro osobnost typu D (distress personality) je charakteristická snižená reakce na stresové podněty (Venglářová M. a kol, 2011)

Mezi protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření patří chování osobnosti typu B, dostatečná asertivita a zdravý egoismus, vhodná relaxace a kondiční cvičení, vhodná organizace času, vyřešená pracovní situace, včetně pracovní autonomie a v neposlední řadě odolnost (Kupka, M.,2008)

3.4 Konkrétní prevence ve zdravotnictví

Počátek prevence syndromu vyhoření by měl být položen již při přípravě studentů v oboru pomáhajících profesí. Už při studiu na střední škole by měli být studenti s touto problematikou seznámeni. V dalších stupních studia, což jsou vyšší odborné školy a vysoké školy, by této problematice měl být věnován dostatek prostoru pro aktivní výcvik, který umožní studentům připravit se na setkání s tímto problémem a případně jeho zvládnutí v průběhu vykonávání jejich povolání.

Po nástupu do zaměstnání ve zdravotnickém zařízení následuje adaptační praxe, dříve nazývaná nástupní praxe. Tato praxe je zakotvena v zákoně. Lze ji považovat za jistou formu supervize, kdy začínající sestry pracují určitou dobu pod dohledem sestry školitelky nebo zkušenějších kolegyň. V neposlední řadě sem patří i jistá osvícenost zaměstnavatele, který dovede ohodnotit dobrou práci slovně i finančně, nešetřit pochvalou. Dobré výsledky jsou podporovány účastí na vzdělávacích a společenských akcích a setkáních. Vedení postiženému zdravotníkovi může nabídnout i dočasná řešení jako pověření jinými úkoly, přemístění na jiné, méně náročné oddělení, prohození směn, aby pracoval s jinými lidmi, umožnit práci na jednu směnu, apod. (Venglářová M. a kol, 2011).

4. Situace ve Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje v kontextu výzkumu na téma syndrom vyhoření

Ve Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje tzv. adaptační praxe, dříve nazývaná nástupní praxe, neprobíhá. Žádná všeobecná sestra, která nastoupí jako nový zaměstnanec - nelékařský zdravotnický pracovník ZZS LK, není čerstvou absolventkou školy. Pro specifický typ práce u zdravotnické záchranné služby vyžadující odborné znalosti na vysoké úrovni nejen na poli teorie, ale i praktických zkušeností, dále určité osobnostní a především profesní rysy, které se získávají až léty praxe, upřednostňují se nelékařští zdravotničtí pracovníci s předchozí praxí ve zdravotnickém zařízení. Preferuje se pokud možno víceletá praxe u lůžka, nejlépe intenzivního či resuscitačního charakteru, jako jsou ARO a JIP. Po nástupu do ZZS LK se sestry zaučují zhruba dva, tři týdny, maximálně měsíc. Zaučování probíhá následujícím způsobem: jsou přiřazeny do výjezdové skupiny ke zralé služebně starší sestře lektorce, zpravidla ze školicího střediska ZZS LK a jezdí s příslušnou posádkou na výjezdy. Je plně v kompetenci lektorky, jaká vyšetření (odebrání anamnézy, změření základních životních funkcí apod.), úkony (zajištění žilní linky, asistence lékaři při orotracheální intubaci, srdeční masáž apod.) a obsluhu přístrojové techniky (radiofonní provoz, glukometr, defibrilátor, injektomat...aj.) nechá začínající sestru konat. Upřednostňuje se individuální přístup na základě rozličných zkušeností. Pokud lektorka usoudí, že je nový nelékařský zdravotnický pracovník schopen vykonávat práci ve výjezdovém týmu sám, informuje o tom vrchní sestru ZZS LK.

Supervize byla před cca pěti lety jednorázově prováděna operátorkám Krajského operačního střediska Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, vesměs se především jednalo o supervize podpůrné a pomocné. Supervizoři pocházeli z firmy Aperta z Liberce a celý projekt byl zaštiťován Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. V plánech bylo rozšířit supervizi i na výjezdové všeobecné sestry, nelékařské zdravotnické pracovníky, lékaře a řidiče sanitních vozidel. Nicméně zůstalo jen u plánů.

Z důvodu prevence vzniku syndromu vyhoření ve Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje byli v minulosti v rámci psychosociální intervenční péče proškoleni 3

lidé ve skupině s Hasičským záchranným sborem. To znamená, že systém psychosociální intervenční péče se začíná pomalu budovat. Za poslední rok 2011 se začala dělat propagace systému, přesto se zatím neobjevil výraznější zájem o péči v rámci prevence vzniku syndromu vyhoření a ani v rámci psychosociální intervenční pomoci. V průběhu letošního roku 2012 budou proškoleni další 2 lidé coby peeri. Peer tvoří základní a nejdůležitější rovinu. Je to kolega, který má podobné zážitky a zkušenosti jako my všichni (myšleno my, nelékařští zdravotničtí pracovníci). Je proškolený pro poskytování podpory po prožití náročné situace, nehodnotí, nekritizuje, neradí, ale především poslouchá a podporuje, je diskrétní. Peer není psycholog ani psychiatr, je to jiný kolega, který dokáže pomáhat (zdroj Štancel, Vargová, Majdišová, 2012). V roce 2011 neproběhly žádné intervence, v roce 2012 byl uskutečněn jeden individuální pohovor.

4.1 Výzkum syndromu vyhoření ve studiích a jiných výzkumech v České republice

Původním záměrem bylo vřazení kapitoly o výzkumech syndromu vyhoření u všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních v České republice. Byť jsme se na tuto problematiku podívali opravdu jen zlehka, překročili bychom výrazně limit této práce. Výzkumy jsme popsali, na závěr porovnali výsledky s naším výzkumem a vřadili do přílohy (viz Příloha G – Výzkumy syndromu vyhoření).

EMPIRICKÁ ČÁST

5. Cíle a hypotézy práce

5.1 Cíle práce

V bakalářské práci věnované výzkumu syndromu vyhoření jsme stanovili tři cíle:

1. cíl: Změření výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje a porovnání četnosti výskytu syndromu u mužů a u žen.

2. cíl: Zjištění vlivu četnosti mimořádných zátěžových situací na výskyt syndromu vyhoření.

3. cíl: Zjištění vlivu délky praxe u zdravotnické záchranné služby na vznik syndromu vyhoření.

5.2 Hypotézy

H1: Vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen.

H2: Pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester se zvyšuje s počtem mimořádně zátěžových situací, jako je např. záchrana dítěte nebo blízkého člena rodiny či komunity a/nebo neúspěch při zásahu.

H3: Znamky syndromu vyhoření se objevují častěji u všeobecných sester, které pracují v tomto oboru více než 5let.

5.3 Geneze hypotéz

Oporou pro tvorbu hypotéz nám byla odborná literatura. U první hypotézy, tj. vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen, jsme čerpali informace z Bartoškové I., O syndromu vyhoření, Brno 2006, s.40, kde autoři uvádějí, že na Slovensku v letech 2000 – 2001 proběhl výzkum syndromu vyhoření v 7

pracovištích v Bratislavě a oslovil 389 respondentů (sestry, lékaře, nižší zdravotnický personál, psychology), přičemž nebyly zjištěny významnější rozdíly při srovnání lékařů a sester, celkově však zjistili vyšší hodnoty vyhoření u mužů v souboru (Notová 2004 in Bartošíková 2006).

Druhá hypotéza zní: Pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester se zvyšuje s počtem mimořádně zátěžových situací, jako je např. záchrana dítěte nebo blízkého člena rodiny či komunity a/nebo neúspěch při zásahu. Pojmy mimořádné zátěžové situace jsme operacionalizovali, tj. převedli do zkoumatelné podoby. Východiskem pro tvorbu této hypotézy byl výčet mimořádných zátěžových situací dle Systému psychosociální intervenční služby a CISM (Schumacher, Čepická, 2007 a Mitchell, 2001, s.6-7). Dále jsme čerpali inspiraci pro tvorbu hypotézy č.2 i z literatury, konkrétně z Venglářové a kol.: *Sestry v nouzi*, 2011, s.27 a s.28, kde jsou uvedeny vysoce zatěžující situace podporující vznik syndromu vyhoření a taktéž organizační a systémové podmínky jako nadměrná emocionální zátěž, které vznik tohoto syndromu podporují.

Znění třetí hypotézy, tj. že známky syndromu vyhoření se objevují častěji u všeobecných sester, které pracují u zdravotnické záchranné služby více než 5 let, mělo zdroj inspirace v článku o výzkumu syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči (SESTRA 12/2005, *Syndrom vyhoření*, autoři neznámí, zdroj online). Zde autorka uváděla, že mimo jiné délka praxe nemá vliv na vznik syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči. Výzkum pracovníků záchranných služeb od Šeblové (Šeblová, Kebza, Venglářová, 2007) naopak dává do spojitosti délku praxe a přímo úměrně s ní se zvyšující možnost vzniku syndromu vyhoření. Hraniční mez 5 let jsme stanovili sami.

Od jiné autorky Burgerové M., která psala o syndromu vyhoření u personálu LDN (Burgerová, 2010) jsme si „vypůjčili“ referenční meze pro hodnocení výsledků z použitého dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření. Jak uvádíme dále, dotazník není plně validizován, je jen čistě orientační, nicméně pro náš výzkum byla potřeba stanovit jisté hranice pro možnost získání výsledků určité výpovědní hodnoty.

5.4 Metodika výzkumu

5.4.1 Použitá metoda

Pro výzkumné šetření jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu. Data jsme sbírali od 1. prosince 2011 do 30. ledna 2012 pomocí elektronického dotazníku vytvořeného v google dokumentech. Tento anonymní dotazník jsme elektronicky rozeslali na služební emailové adresy všech výjezdových stanovišť ZZS LK (viz. Příloha E, Tabulka č. 40). Díky tomu se dotazník dostal ke všem zaměstnancům ZZS LK, protože po příchodu do zaměstnání je každý pracovník povinen si přečíst služební poštu – to byl hlavní důvod, proč jsme zvolili elektronický dotazník. Druhým důvodem byl vysoký počet výjezdových stanovišť ZZS LK a my jsme potřebovali zajistit přiměřenou návratnost, což by v případě písemné formy nebylo dost dobře možné. Průvodní text emailu oslovuje pouze všeobecné sestry (viz Příloha A – Průvodní dopis), kterých je v ZZS LK přesně 105. Dotazníkové šetření probíhalo v naprosté anonymitě v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Spoléhali jsme také na to, že nám respondenti díky oné anonymitě pravdivěji odpovědí. Vyplněný dotazník se nám vrátil od 75 respondentů, návratnost činila tedy 71%. Výstupní data byla statisticky zhodnocena za použití dvou testovacích metod a to Pearsonova korelačního koeficientu (skóre v testu a 4 kategorie událostí) a t- testu (získané skóre v testu podle pohlaví).

5.4.2 Popis výzkumného nástroje

Výzkumným nástrojem byl tedy zvolen elektronický dotazník, který obsahoval tři základní okruhy otázek. Na prvním místě byla sociodemografická data, dále následoval dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření a třetí typy otázek mapovaly předdefinované mimořádné zátěžové situace, konkrétně míru zátěžových situací a jejich četnost. Abychom zabránili respondentům v přehlédnutí dotazu, anebo záměrnému vynechání odpovědi na některou otázku, zařadili jsme do celého dotazníku kontrolní mechanismus. Takzvaně jsme je podmínili, tj. všechny dotazy byly označeny jako povinné a bez zodpovězení všech otázek dotazník respondenta nepustil do konce dotazníku – při kliknutí na „odeslat“ se pak červeně varovně rozsvítil nápis, konkrétně jaká otázka nebyla zodpovězena. Pouze dvě poslední otázky č. 31 a č. 32 podmíněny

nebyly, byl zde ponechán prostor pro případné vyjádření respondentova názoru k tématu a případné vepsání dalších mimořádných situací, jež nebyly v nabídce tabulky a eventuálně by respondentovi scházely. Otázky č. 31 a č. 32 byly otevřené.

Výzkumný nástroj obsahoval úvodní slovo (viz Příloha D - Dotazník syndromu vyhoření) dále jsme zjišťovali sociodemografické údaje jako věk respondentů, pohlaví respondentů, následovala kolonka nejvyšší dosažené vzdělání a pak délka praxe v oboru.

Ke kvantifikaci přítomnosti příznaků syndromu vyhoření byl použit Inventář projevů syndromu vyhoření (podle C.Henniga a G.Kellera) s uzavřenými otázkami. Tato česká verze jedné z metod mapujících vyhoření, byla vytvořena v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence ve Státním zdravotním ústavu a je postupně předávána spolu s dalšími metodami k ověřovacímu využití v psychologické praxi. Inventář projevů syndromu vyhoření jsme zvolili též záměrně pro možnost porovnání výsledků s výzkumem od Burgerové (Burgerová, 2010) a s ostatními výzkumy.

Respondent zaškrtnl u každé položky, do jaké míry se ho jednotlivé výpovědi týkají. Počet bodů za odpověď VŽDY jsou 4 body, ČASTO 3 body, NĚKDY 2 body, ZŘÍDKA 1 bod a NIKDY 0 bodů. Při vyhodnocení se sčítají body ve 4 rovinách: rozumová rovina (otázky 5,9,13,17,21,25), emocionální rovina (otázky č. 6,10,14,18,22,26), tělesná rovina (otázky č. 7,11,15,19,23,27) a sociální rovina (otázky č. 8,12,16,20,24,28). Součtem všech čtyř rovin se získala celková míra náchylnosti respondenta/ů k syndromu vyhoření. Maximální hodnota součtu celkem je 96 bodů. Test není validizován, slouží jako orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u respondenta/ů všechno v pořádku. Vyšší hodnoty součtu bodů v některé z rovin napovídají, které složce osobnosti se více věnovat (T. aj. Tošnerovi, 2002).

Tabulka 1 - Hodnocení zátěže

Velikost zátěže	maximální	vysoká	střední	mírná	žádná
Body	5	4	3	2	1

Mimořádné zátěžové situace jsme stanovili tyto: těžké infaustní poranění či úmrtí dítěte, těžké infaustní poranění či úmrtí mladistvého člověka, výjezd k blízkému

člověku (příbuzní, přátelé, kolegové, aj.), plané výjezdy a zneužití zdravotnické záchranné služby, verbální agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých, a poslední situace byla fyzická agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých. (Schumacher, Čepická, 2003 a Mitchell, Everly, 2001. Naše rozhodnutí zařadit mezi mimořádné zátěžové situace plané výjezdy a zneužití zdravotnické záchranné služby pramenilo z jejich vysokého počtu a reagovali jsme tak na možnost vřazení planých výjezdů a zneužití zdravotnické záchranné služby do výčtu a to konkrétně na místo pojmenované „jakákoli událost, která má příliš silný dopad“. Planý výjezd je typ výjezdu posádky integrovaného záchranného systému, při kterém jsou zcela zbytečně nasazeny personální a technické prostředky. Ve většině případů si volající dělá legraci, pacient je často nenalezen nebo uteče před příjezdem posádky.

Jako poslední v celém dotazníku následovaly otázky na četnost a zátěžovost mimořádných situací (mimořádné situace – viz výše), které byly operacinolizovány: rozdělili jsme je do 5 základních skupin ve dvou tabulkách. Respondenti měli v první tabulce zaškrtnout, které z těchto situací je zatěžují a jakou mírou, přičemž číselná hodnota 5 znamenala maximální zátěž a číslo 1 žádná zátěž. Ve druhé tabulce respondenti zaškrtovali četnost těchto pěti nejexponovanějších situací, s jakou se s nimi setkávali v průběhu předchozího roku. Pro statistické výpočty jsme stanovili četnosti následujícím způsobem. Respondent si vybral počet mimořádných zatěžujících situací za předchozí rok z této nabídky četností: 0, 1-4, 5-9, 10 a více.

Respondentům byla dána možnost k vyjádření nejen případných názorů k tématu, ale i možnost slovně vepsat eventuálně další možnou zátěžovou situaci, která nebyla v rejstříku tabulky a případně ji ohodnotit dle zátěžovosti.

5.5 Charakteristika výzkumného vzorku respondentů

Na dotazník odpovědělo celkem 75 respondentů z oslovených 105 všeobecných sester ze ZZS LK, přičemž návratnost dotazníku činila 71%. K našemu výzkumu byly osloveny pouze všeobecné sestry všech výjezdových stanovišť Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje, tj. VS Liberec, VS Hrádek nad Nisou, VS Český Dub, VS Frýdlant v Čechách, VS Turnov, VS Semily, VS Tanvald, VS Jablonec nad Nisou, VS Doksy, VS Česká Lípa, VS Jablonec v Podještědí, VS Semily, VS Rokytnice n.J., VS

Jilemnice (viz Příloha E, Tabulka 40 - Počty zaměstnanců výjezdových stanovišť ZZS LK)

5.5.1 Sociodemografické údaje respondentů

Sociodemografické údaje jsme koncipovali do otázek č. 1 až č.4.

Soubor se skládal z 53 žen, což je 71% a z 22 mužů, tj. 29% z celkového počtu respondentů. Ve výzkumu se tedy věnujeme nejen celkovému počtu všech respondentů, ale i zvlášť mužům a ženám, což koreluje s hypotézou č. 1.

Rozdělení respondentů dle věku znázorňuje tabulka **Tabulka 2 - Demografické údaje**. Nejvyšší počet respondentů (36) má věk mezi 30 až 39 lety (48%), po této věkové kategorii následují respondenti ve věku 20 až 29 let, kterých je v celém souboru 19 (25%), v těsném závěsu za nimi jsou respondenti 40, až 49letí, jejichž počet 18 (24%) tvoří předposlední skupinu. Na posledním místě jsou dva respondenti (3%), kterým je přes 50 let. Osoby mladší 20 let u ZZS LK v pozici všeobecné sestry nepracují, vzhledem k délce studia to není možné.

Pokud se budeme zabývat vzděláním všeobecných sester, nejvyšší počet sester (34) má vzdělání středoškolské (45%), dále následují všeobecné sestry s vyšším odborným vzděláním, jichž bylo 32, tj. 43% a poslední nejméně početná skupinka je tvořena 9 všeobecnými sestrami, které mají vysokoškolské vzdělání (12%). Pomaturitní specializační studium v intenzivní medicíně (ARIP, SIP) je podmínkou práce všeobecné sestry u ZZS LK, proto nebylo záměrně dotazováno.

Další charakteristika vzorku respondentů je délka jejich praxe u zdravotnické záchranné služby, přičemž jsme tuto délku praxe rozdělili při zpracovávání dat na 5 skupin. Respondenti v dotazníku uváděli pouze číselnou hodnotu vyjadřující jejich celkovou dobu praxe v oboru. Nejpočetnější skupinou jsou sestry, jež pracují v oboru 5 – 10 let, jejich počet je 24, což je (32%), dále následují sestry s praxí 11 – 15 let, kterých je 17 (23%). Za nimi v těsném sledu jsou respondenti s délkou praxe 16 – 20let, jejichž počet činí 15 (20%), pak pokračují sestry s praxí delší než 21 let (12 sester, tj. 16%). Nejméně všeobecných sester (7) ze vzorku respondentů je v oboru 0 – 4 roky, tj. 9% z celkového počtu.

Tabulka 2 - Demografické údaje

		N	%
Pohlaví respondenta	Muž	22	29
	Žena	53	71
Věk	20 - 29 let	19	25
	30 - 39 let	36	48
	40 - 49 let	18	24
	více než 50 let	2	3
Nejvyšší úroveň vzdělání	středoškolské	34	45
	vyšší odborné	32	43
	vysokoškolské	9	12
Délka praxe	0 - 4 roky	7	9
	5 - 10 let	24	32
	11 - 15 let	17	23
	16 - 20 let	15	20
	nad 21 let	12	16

5.6 Analýza dat a jejich interpretace

5.6.1 Popis analýzy dat a statistických výpočtů

Ke statistickým výpočtům jsme použili:

T – test je metodou matematické statistiky, v našem případě jsme použili dvouvýběrový test a srovnávali jsme průměrné skóre syndromu vyhoření u mužů a u žen. Hladina významnosti je statisticky zvolená pravděpodobnostní chyba prvního druhu (zamítnutí správné hypotézy) při testování hypotéz, obvykle má hodnotu 0,05 a nebo 0,01 – dle závažnosti rozhodnutí.

Pearsonův korelační koeficient: je statistický test pro korelaci číselných znaků, v našem případě skóre v testu syndromu vyhoření a kategorií mimořádných zátěžových situací, zjišťující jak těsný je vztah číselných proměnných (např. do 0,20 je vztah zanedbatelný, 0,20 – 0,40 je nepříliš těsný vztah, 0,40 – 0,70 je středně těsný vztah, 0,70 – 0,90 je velmi těsný vztah a více než 0,90 je extrémně těsný vztah) .

5.6.2. Interpretace dat

Otázky od čísla 5 po číslo 29 včetně tvoří dotazník **Inventář projevů syndromu vyhoření**.

Otázka č.5 „Obtížně se soustředuji“,

Nejvíce respondentů (29) odpovědělo NĚKDY (39%), ZŘÍDKA 22 (29%), ČASTO 15 (20%), NIKDY 9 (12%) a žádný respondent neodpověděl VŽDY. **Ženy** nejčastěji odpověděly NĚKDY 23 (43%), **muži** ZŘÍDKA 8 (36%).

Tabulka 3 - Obtížné soustředění

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	N	%	n	%
Nikdy	9	12				
Zřídka	22	29	8	36		
Někdy	29	39			23	43
Často	15	20				
Vždy	0	0				

Otázka č.6 „Nedokážu se radovat ze své práce“

Nejčtenější odpověď byla NĚKDY 27 (36%), 21 sdělilo, že ZŘÍDKA (28%), ČASTO 19 (26%), NIKDY 7 (9%) a jeden respondent sdělil, že VŽDY (1%). **Ženy** nejvíce udávaly odpověď NĚKDY 20 (38%), **muži** měli shodu ve dvou odpovědích ČASTO a NĚKDY zaškrtno oboje po 7 respondentech (32%).

Tabulka 4 - Radost ze své práce

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	7	9				
Zřídka	21	28				
Někdy	27	36	7	32	20	38
Často	19	26	7	32		
Vždy	1	1				

Otázka č.7 „Připadám si fyzicky vyždímaný/á“

ČASTO 27 (36%) byla nejčastější odpověď, NĚKDY 25 (33%), ZŘÍDKA 16 (21%), NIKDY 5 respondentů (7%) a VŽDY 2 respondenti (3%). **Ženy** opět nejčastěji uvedly NĚKDY 19 (36%) a **muži** ČASTO 9 (41%).

Tabulka 5 – Fyzická vyždímanost

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	N	%
Nikdy	5	7				
Zřídka	16	21				
Někdy	25	33			19	36
Často	27	36	9	41		
Vždy	2	3				

Otázka č. 8 „Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům/klientům“

NĚKDY 25 (36%), ZŘÍDKA 17 (23%), ČASTO 14 (19%), VŽDY 13 (17%) a NIKDY 5 (7%). **Ženy** odpověděly nejvíce NĚKDY 22 (42%), **muži** ČASTO 7 (32%).

Tabulka 6 - Chuť pomáhat problémovým pacientům

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	N	%
Nikdy	5	7				
Zřídka	17	23				
Někdy	25	36			22	42
Často	14	19	7	32		
Vždy	13	17				

Otázka č. 9 „Pochybuji o svých profesionálních schopnostech“

Nejčastěji odpověděli ZŘÍDKA 32 (43%), dále NIKDY 18 (24%), NĚKDY 17 (23%), ČASTO 7 (9%) a VŽDY uvedl jeden respondent (1%). **Ženy** ZŘÍDKA 26 (49%), **muži** zase dvě nejčastější odpovědi a to NĚKDY a ZŘÍDKA, oboje uvedlo po 6 respondentech mužích (27%).

Tabulka 7 – Pochybnost o svých profesionálních schopnostech

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	18	26				
Zřídka	32	43	6	27	26	49
Někdy	17	23	6	27		
Často	7	9				
Vždy	1	1				

Otázka č. 10 „Jsem sklíčený/á“

ZŘÍDKA 27 (36%), NĚKDY 20 (27%), NIKDY 16 (21%), ČASTO 11 (15%) a jeden uvedl VŽDY (1%). **Ženy** ZŘÍDKA 20 (38%), **muži** zase dvě nejčastější odpovědi NĚKDY a ZŘÍDKA oboje po 6 mužích (27%).

Tabulka 8 - Sklíčenost

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	16	21				
Zřídka	27	36	6	27	20	38
Někdy	20	27	6	27		
Často	11	15				
Vždy	1	1				

Otázka č. 11 „Jsem náchylný/á k nemocem“

ZŘÍDKA 29 (39%), NĚKDY 21 (28%), NIKDY 12 (16%), ČASTO 11 (15%) a VŽDY 2 (3%). **Ženy** uvedly nejčastěji ZŘÍDKA 22 (42%), **muži** také odpověď ZŘÍDKA 7 (32%).

Tabulka 9 - Náchylnost k nemocem

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	N	%	n	%	n	%
Nikdy	12	16				
Zřídka	29	39	7	32	22	42
Někdy	21	28				
Často	11	15				
Vždy	2	3				

Otázka č. 12 „Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy“

NĚKDY 23 (31%), ZŘÍDKA 19 (25%), NIKDY 16 (21%), ČASTO 10 (13%) a VŽDY 7 (9%). **Ženy** ZŘÍDKA 17 (32%), **muži** NĚKDY 9 (41%).

Tabulka 10 - Vyhýbání se odborným rozhovorům s kolegy

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	16	21				
Zřídka	19	25			17	32
Někdy	23	31	9	41		
Často	10	13				
Vždy	7	9				

Otázka č. 13 „Vyjadřuji se posměšně o příbuzných pacienta/klienta i o pacientech/klientech“

NIKDY 25 (33%), ZŘÍDKA 21 (28%), NĚKDY 16 (21%), ČASTO 10 (13%) a VŽDY 3 (4%). **Ženy** nejčastěji ZŘÍDKA 16 (30%), **muži** ČASTO 7 (32%).

Tabulka 11 - Posměšné vyjádření

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	25	33				
Zřídka	21	28			16	30
Někdy	16	21				
Často	10	13	7	32		
Vždy	3	4				

Otázka č. 14 „V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný“

NIKDY 31 (41%), NĚKDY 15 (20%), ZŘÍDKA 12 (16%), ČASTO 11 (15%) a VŽDY 6 (8%). **Ženy** ZŘÍDKA 26 (49%), **muži** NIKDY 7 (32%).

Tabulka 12 - Bezmoc v konfliktních situacích

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	N	%	n	%	n	%
Nikdy	31	41	7	32		
Zřídka	12	16			26	49
Někdy	15	20				
Často	11	15				
Vždy	6	8				

Otázka č. 15 „Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.“

NIKDY 34 (45%), ZŘÍDKA 20 (27%), NĚKDY 12 (16%), ČASTO 7 (9%) a VŽDY 2 (3%). **Ženy** uvedly nejčastěji NIKDY 25 (47%), **muži** také NIKDY 9 (41%).

Tabulka 13 - Problémy se srdcem, dýcháním, trávením

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	34	45	9	41	25	47
Zřídka	20	27				
Někdy	12	16				
Často	7	9				
Vždy	2	3				

Otázka č. 16 „Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy“

Zde byla shoda v odpovědích NIKDY a ZŘÍDKA, obě verze zaškrtl shodný počet respondentů a to 21 (28%), NĚKDY 17 (23%), ČASTO 14 (19%), VŽDY 2 (3%). **Ženy** ZŘÍDKA 17 (32%), **muži** NIKDY 8 (36%).

Tabulka 14 - Frustrace ze zaměstnání

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	21	28	8	36		
Zřídka	21	28			17	32
Někdy	17	23				
Často	14	19				
Vždy	2	3				

Otázka č. 17 „Můj odborný růst a zájem o obor zaostává“

Nejčastější odpovědí bylo ZŘÍDKA 27 (36%), NĚKDY 20 (27%), NIKDY 18 (24%), ČASTO 9 respondentů (12%) a VŽDY uvedl 1 respondent (1%). **Ženy** uvedly nejčastěji ZŘÍDKA 20 (38%) a **muži** také zaškrtnuli odpověď ZŘÍDKA 7 (32%).

Tabulka 15 - Odborný růst a zájem o obor zaostává

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	18	24				
Zřídka	27	36	7	32	20	38
Někdy	20	27				
Často	9	12				
Vždy	1	1				

Otázka č. 18 „Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní“

Na prvním místě s nejvyšším počtem odpovědí je ZŘÍDKA 29 (39%), následuje NĚKDY 17 (23%), pak ČASTO 13 respondentů (17%), NIKDY 12 (16%) a VŽDY odpověděly 4 všeobecné sestry (5%). **Ženy** ZŘÍDKA 22 (42%), **muži** také ZŘÍDKA 7 (32%).

Tabulka 16 - Vnitřní neklid a nervozita

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	N	%	n	%
Nikdy	12	16				
Zřídka	29	39	7	32	22	42
Někdy	17	23				
Často	13	17				
Vždy	4	5				

Otázka č.19 „Jsem napjatý“

Nejčastější odpovědí bylo ZŘÍDKA 29 (39%), proti tomu stálo ČASTO 20 (27%), následuje NĚKDY 15 (20%), NIKDY 9 (12%) a VŽDY na závěr uvedli 2 respondenti (3%). **Ženy** nejčastěji uvedly odpověď ZŘÍDKA 21 (40%), **muži** zde uvedli nejčastěji dvě protichůdné odpovědi, ČASTO a ZŘÍDKA, oboje po 8 mužích (36%).

Tabulka 17 - Napjatost

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	9	12				
Zřídka	29	39	8	36	21	40
Někdy	15	20				
Často	20	27	8	36		
Vždy	2	3				

Otázka č. 20 „Svou práci omezují na její mechanické provádění“

Nejvíce bylo odpovědí v ZŘÍDKA 20 (27%), následuje oproti tomu ČASTO 19 (25%), NĚKDY 18 (24%), NIKDY 11 (15%), VŽDY 7 (9%). **Ženy** nejčastěji odpověděly ZŘÍDKA 17 (32%), **muži** ČASTO 9 (41%).

Tabulka 18 - Omezení práce na mechanické provádění

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	11	15				
Zřídka	20	27			17	32
Někdy	18	24				
Často	19	25	9	41		
Vždy	7	9				

Otázka č. 21 „Přemýšlím o odchodu z oboru“

Na prvním místě v četnosti odpovědí byla odpověď NIKDY, kterou uvedlo 22 respondentů (29%), za ní následovala odpověď NĚKDY s 20 respondenty (27%), potom ČASTO 15 respondentů (20%), ZŘÍDKA 13 (17%) a VŽDY 5 všeobecných sester (7%). **Ženy** ZŘÍDKA 17 (32%), **muži** NĚKDY 6 (27%).

Tabulka 19 - Myšlenky na odchod z oboru

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	22	29				
Zřídka	13	17			17	32
Někdy	20	27	6	27		
Často	15	20				
Vždy	5	7				

Otázka č. 22 „Trpím nedostatkem uznání a ocenění“

ZŘÍDKA 24 (32%) respondentů, NĚKDY 21 (28%), na dalším místě byla odpověď ČASTO 18 (24%), NIKDY 7 (9%) a na posledním místě VŽDY 5 (7%). **Ženy** nejčastěji odpovídaly ZŘÍDKA 20 (38%), **muži** ČASTO 8 (36%).

Tabulka 20 - Nedostatek uznání a ocenění

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	7	9				
Zřídka	24	32			20	38
Někdy	21	28				
Často	18	24	8	36		
Vždy	5	7				

Otázka č. 23 „Trápí mně poruchy spánku“

Nejčastější odpověď byla ZŘÍDKA 28 (37%respondentů), poté 18 respondentů odpovědělo, že NĚKDY (23%), následovaly dvě shodné odpovědi, co se týče počtu odpovídajících – ČASTO a NIKDY uvedlo oboje 13 respondentů (17%), VŽDY pak 3 respondenti, což jsou 4%. **Ženy** nejčastěji uvedly ZŘÍDKA 22 (42%), **muži** také ZŘÍDKA 6 (27%).

Tabulka 21 - Poruchy spánku

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	13	17				
Zřídka	28	37	6	27	22	42
Někdy	18	23				
Často	13	17				
Vždy	3	4				

Otázka č. 24 „Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání“

NIKDY byla odpověď většiny souboru a to konkrétně 25 (33%) respondentů, pak NĚKDY 20 (27%), nato ZŘÍDKA 19 (25%), ČASTO 10 (13%) a VŽDY 1 všeobecná

sestra (1%). **Ženy** uvedly nejčastěji odpověď NIKDY 21 (40%) a **muži** shodně opět dvě odpovědi NĚKDY a ZŘÍDKA, oboje uvedlo 7 respondentů mužského pohlaví (32%).

Tabulka 22 - Vyhýbání se účasti na dalším vzdělávání

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	25	33			21	40
Zřídka	19	25	7	32		
Někdy	20	27	7	32		
Často	10	13				
Vždy	1	1				

Otázka č. 25 „ Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru“

ZŘÍDKA 28 (37%), NĚKDY 19 (25%), NIKDY 16 (21%), ČASTO 11 (15%), VŽDY 1 (1%). **Ženy** nejčastěji sdělily, že ZŘÍDKA 19 (36%) a **muži** to samé sdělení neboli ZŘÍDKA 9 (41%).

Tabulka 23 - Nebezpečí ztráty přehledu o dění v oboru

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	n	%
Nikdy	16	21				
Zřídka	28	37	9	41	19	36
Někdy	19	25				
Často	11	15				
Vždy	1	1				

Otázka č. 26 „Cítím se ustrašený“

Nejvíce odpovědí bylo ZŘÍDKA 34 (45%), dále následovalo NIKDY 20 (27%), potom NĚKDY 16 (27%) a ČASTO 4 (5%) a nakonec 1 respondent sdělil, že VŽDY (1%). **Ženy** ZŘÍDKA 22 (42%), **muži** taktéž ZŘÍDKA 12 (55%).

Tabulka 24 - Ustrašenost

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	N	%	n	%	N	%
Nikdy	20	27				
Zřídka	34	45	12	55	22	42
Někdy	16	27				
Často	4	5				
Vždy	1	1				

Otázka č. 27 „Trpím bolestmi hlavy“

ZŘÍDKA 20 (27%), ČASTO 19 (25%), dvě shodné skupiny se 17 respondenty (23%) tvrdili zároveň NĚKDY a NIKDY, VŽDY 2 respondenti (3%). **Ženy** ZŘÍDKA 14 (26%) a **muži** nejčastěji sdělili, že ČASTO 7 (32%).

Tabulka 25 - Bolesti hlavy

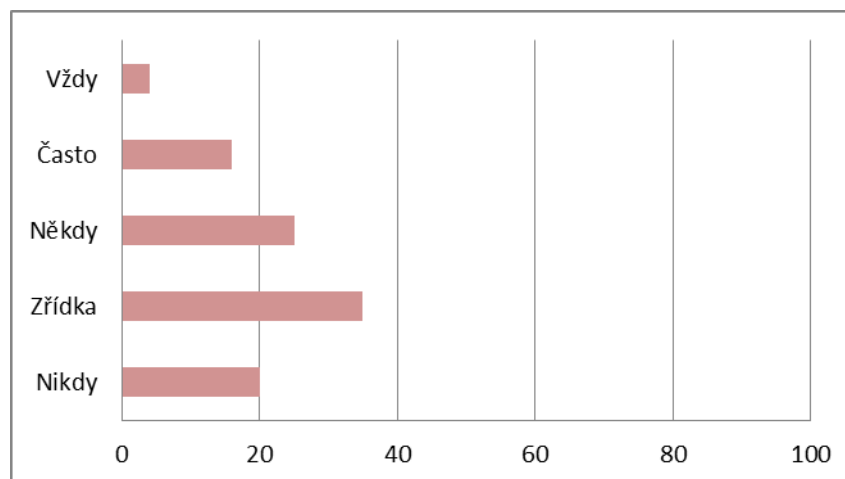
			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	N	%
Nikdy	18	24				
Zřídka	20	27			15	28
Někdy	19	25	5	26		
Často	11	15				
Vždy	7	9				

Otázka č. 28 „ Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s pacienty/klienty“

ZŘÍDKA 20 (27%), NĚKDY 19 (25%), NIKDY 18 (24%), ČASTO 11 (15%) a VŽDY 7 (9%). **Ženy** uvedly nejčastější odpověď ZŘÍDKA 15 (28%) a **muži** nejčastěji měli odpověď NĚKDY 5 (26%).

Tabulka 26 - Vyhýbání se rozhovorům s pacienty

			Nejčastější odpovědi			
			Muži		Ženy	
	n	%	n	%	N	%
Nikdy	18	24				
Zřídka	20	27			15	28
Někdy	19	25	5	26		
Často	11	15				
Vždy	7	9				



Obrázek 1 - Procentuální zastoupení odpovědí

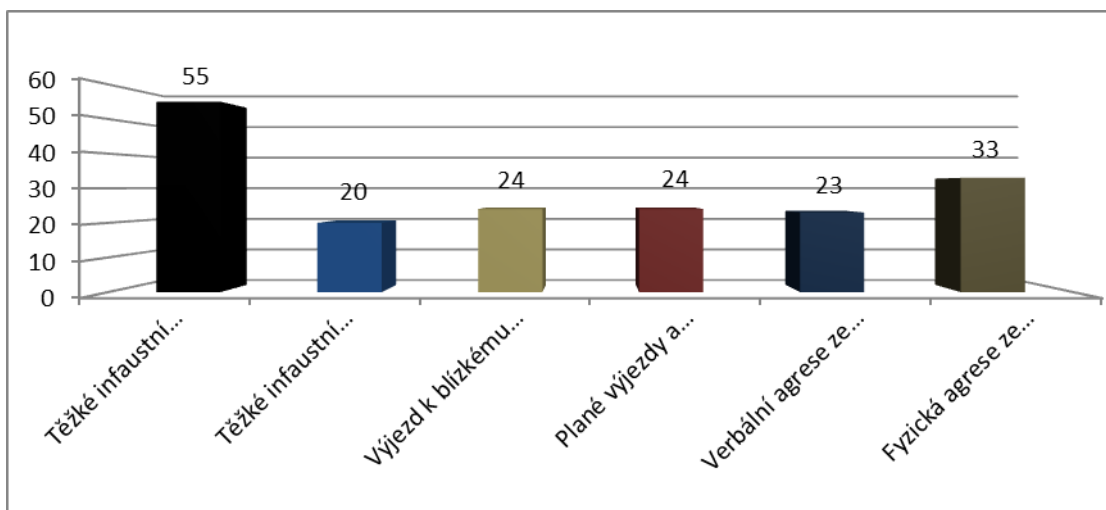
Všechny otázky v Inventáři projevů syndromu vyhoření jsou negativní. Nejvíce odpovědí, tj asi 55% , bylo v kategorii ZŘÍDKA a NIKDY. Obrázek 1 - Procentuální zastoupení odpovědí. Nejméně odpovědí, cca 5%, VŽDY.

Otázka č. 29 „Které výjezdy vás nejvíce zatěžují?“

V této tabulce (viz Příloha D - Dotazník syndromu vyhoření) si respondenti u jednotlivých položek vybrali bodové hodnocení odstupňované podle zátěže, přičemž maximální zátěži jsme přiřadili 5 bodů, vysoké zátěži 4 body, střední zátěži 3 body, mírné zátěži 2 body, žádná zátěž 1 bod. Položky, které byly bodovány, jsme nazvali mimořádné zátěžové situace. Patří sem těžké infaustní poranění dítěte či jeho úmrtí, těžké infaustní poranění či úmrtí mladistvého člověka, výjezd k blízkému člověku (příbuzní, přátelé, sousedé, kolegové...aj.), plané výjezdy a zneužití zdravotnické záchranné služby, verbální agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých, dále sem patří fyzická agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných a blízkých. Výpovědní hodnotu pro nás měla data především ze spočítaných maximálních zátěží. Tedy kolik respondentů danou položku označilo jako maximální zátěž (na stupnici hodnocení číslem 5). Významně nejvyšší počet bodů a tedy nejvyšší možnou zátěž ve výjezdu pro respondenty/všeobecné sestry zaznamenáváme u těžkého poranění či úmrtí dítěte, konkrétně 41 respondentů označilo tuto položku jako maximální zátěž, na druhém místě je to fyzická agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných a blízkých, zde 25 všeobecných sester hodnotilo toto jako maximální zátěž, o třetí místo v pomyslném žebříčku se dělí výjezd k blízkému člověku (příbuznému, přátelům, sousedům a kolegům...aj.) a také plané výjezdy a zneužití záchranné služby – oboje položky označilo 18 respondentů jako maximální zátěž, o jednu méně tedy 17 sester uvedlo, že maximální zátěž má verbální agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých a na posledním místě, tedy „nejméně zatěžuje“ z výčtu mimořádných situací těžké infaustní poranění či úmrtí mladého člověka – celkem 15 respondentů u tohoto druhu výjezdu zaškrtnulo maximální zátěž.

Tabulka 27 - Nejvíce zatěžující situace

Mimořádná zátěžová situace	Těžké infaustní poranění či úmrtí dítěte	Těžké infaustní poranění či úmrtí mladistvého člověka	Výjezd k blízkému člověku (příbuzní, přátelé, sousedé, kolegové, aj.	Plané výjezdy a zneužití záchranné služby	Verbální agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých	Fyzická agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných, blízkých
% odpovědi	55	20	24	24	23	33



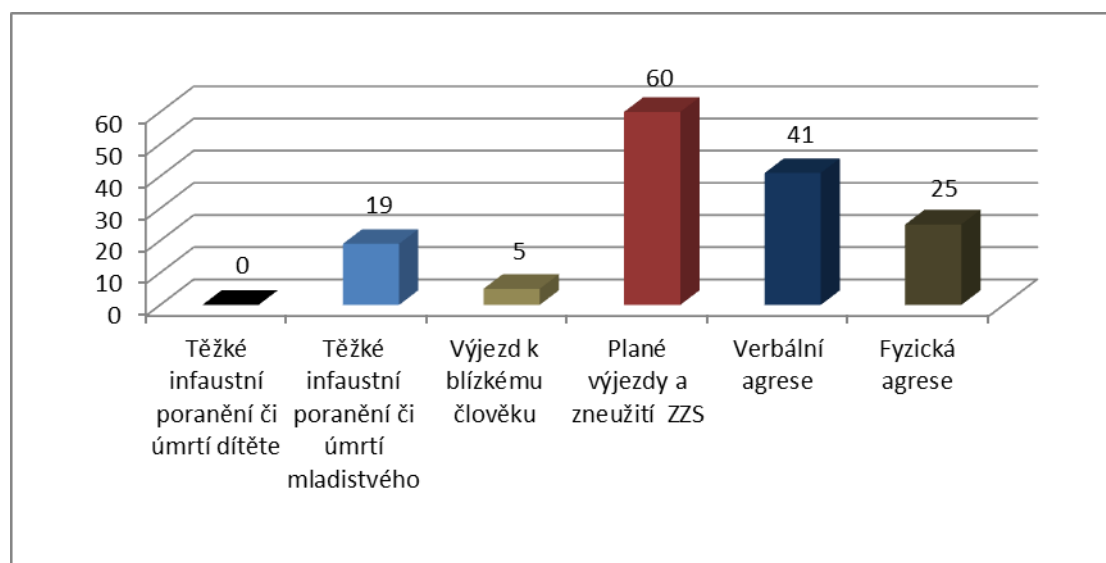
Obrázek 2 - Nejvíce zatěžující situace v %

Otázka č. 30 „Kolik takových situací jste za kalendářní rok 2011 zažil/a?“

V této tabulce jsme u stejného výčtu mimořádných zátěžových situací dali respondentům na výběr, aby zaškrtnli jednotlivé četnosti, a to konkrétně buď 0 (žádný výjezd na takovou událost za kalendářní rok 2011) a nebo 1 – 4 výjezdy, 5 – 9 výjezdů, 10 a více výjezdů. Výpovědní hodnotu pro cíle naší výzkumné práce měla nejvyšší četnost té které situace průměrně na jednoho respondenta (viz Příloha D - Dotazník syndromu vyhoření). Při našich výpočtech jsme zjistili následující: nejvíce se všeobecné sestry za uplynulý rok 2011 setkaly s planými výjezdy a zneužitím záchranné služby (45 respondentů zaškrtnlo odpověď 10 výjezdů a více), na druhém místě je verbální agrese ze strany pacienta/klienta či jeho příbuzných a blízkých se (31 respondentů zaškrtnlo odpověď 10 výjezdů a více), na třetím stupínku v četnosti je fyzická agrese ze strany pacienta/klienta (19 respondentů zaškrtnlo odpověď 10 výjezdů a více), na čtvrtém místě (14 respondentů zaškrtnlo odpověď 10 výjezdů a více) je těžké infaustní poranění či úmrtí mladistvého, na pátém posledním místě těžké infaustní poranění či úmrtí dítěte (žádný respondent nezaškrtnl odpověď 10 výjezdů a více).

Tabulka 28 - Nejčastější zátěžové situace

Mimořádná zátěžová situace	Těžké infaustní poranění či úmrtí dítěte	Těžké infaustní poranění či úmrtí mladistvého	Výjezd k blízkému člověku	Plané výjezdy a zneužití ZZS	Verbální agrese	Fyzická agrese
% odpovědí	0	19	5	60	41	25



Obrázek 3 - Nejčastější zátěžové situace v %

Otázka č. 31 „Existuje zátěžová situace, která tu nebyla jmenována? Pokud ano, napište ji a k ní případné bodové ohodnocení.“

Zde 56% respondentů odpovědělo: NEEXISTUJE, 8% respondentů odpovědělo, že jim chyběla mimořádná zátěžová situace „intoxikace alkoholem, drogou či zneužití jiné omamné látky“, zátěž této situace ohodnotili jako střední a četnost oněch 8% respondentů udalo u této situace více než 10 výjezdů za rok. Ostatní jmenované situace byly po jednom a neměly v tomto vzorku respondentů výpovědní hodnotu. Namátkou uvádíme, co respondenti uvádí jako další zátěžové situace: hromadné neštěstí – maximální zátěž, výjezdy k lidem bez domova, kteří žijí na ulici – zátěž neuvedena, pacienti/klienti simulující onemocnění – vysoká zátěž.

Otázka č. 32 byl prostor pro případné názory respondentů na dané téma výzkumného šetření:

Nejčastěji se opakovaly „špatné vztahy na pracovišti“ – tj. 5 %, „pomluvy a klepy v kolektivu“ – 2,5%, celkem 6,5% respondentů uvedlo jako překážku „nízké finanční ohodnocení“. „Hodně záleží na spolupráci celého výjezdového teamu na místě události“ – 1%. „Stres z nelogických a politických postupů v organizaci ZZS LK“ – 1%. Další názory nebyly, respondenti se dále nevyjádřili.

5.6.2 Analýza a interpretace dat v rámci hodnocení celkové míry náchylnosti k syndromu vyhoření a jednotlivých rovin syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření v rozumové rovině

Syndrom vyhoření v rozumové rovině mapují otázky č. 5, 9, 13, 17, 21 a 25. **Nejvyšší možný počet bodů dosažený v jedné rovině je 24.** Aritmetickým průměrem jsme spočítali, že sledovaný soubor má celkem **8,40** bodů z otázek na rozumovou rovinu syndromu vyhoření. Při rozdělení souboru dle pohlaví, ženy měly v této rovině **7,96** bodů a muži více – **9,45** bodů, opět počítáno aritmetickým průměrem. Pokud se zaměříme na dělení sledovaného souboru podle délky praxe, pak ti s praxí v záchranné službě v délce 0-4 roky mají průměrně **5,00**, dále body stoupají, čili respondenti s praxí 5 – 10 let mají **7,92** bodů, s praxí 11-15let mají **8,24** bodů, s délkou praxe v oboru záchranné služby 16- 20let **9,73** bodů a pak poslední skupina, která u záchranné služby pracuje 21 let a více, měla průměrně v této rovině **8,55** bodů.

Soubor respondentů jsme také rozdělili na dvě části podle toho, jak v dotazníku ohodnotili mimořádné zátěžové situace. Respondenti, kteří zaškrtnuli u mimořádných situací zátěžovost od 1(žádná zátěž), 2 (mírná zátěž) až 3(střední zátěž), tvoří jednu skupinu. Druhou skupinu jsme eliminovali z respondentů, kteří mimořádné situace definovali jako 4 (vysoce) až 5 (maximálně) zátěžové. První skupina, která hodnotí mimořádné situace jako mírné až středně zatěžující měla v rozumové rovině průměrně **1,14** bodů. Naproti tomu druhá skupina, která tytéž situace hodnotí jako vysoce až maximálně zátěžové, dosáhla na mnohem vyšší počet a to celých **19,86** bodů průměrně.

Syndrom vyhoření v emocionální rovině

Syndrom vyhoření hodnocený v emocionální rovině se skládá z otázek č. 6, 10, 14, 18, 22 a 26. **Nejvyšší možný počet bodů dosažený v jedné rovině je 24.** Aritmetickým průměrem jsme spočítali, že sledovaný vzorek respondentů má celkem **9,31** bodů z výše uvedených otázek. Při rozdělení souboru respondentů na muže a ženy, měly ženy v této rovině průměrně **9,25** bodů a muži skoro stejnou hodnotu průměrně **9,41** bodů. Respondenti s délkou praxe u záchranné služby 0 – 4 roky měli v emocionální rovině průměrně **5,57** bodů, sestry s praxí v tomto oboru 5 – 10 let v emocionální rovině měli průměrně bodů **9,00**, dále následuje praxe 11 – 15 let v témže oboru, tito mají **8,65**, skupina s praxí 16 až 20 let **11,87** bodů a respondenti s praxí delší než 21 let **10,18**. Skupina, která hodnotí mimořádné situace jako mírné až středně zatěžující, měla v emocionální rovině průměrně **2,14** bodů. Naproti tomu druhá skupina, která tytéž mimořádné situace hodnotí jako vysoce až maximálně zátěžové, dosáhla na **19,86** bodů, tj. stejné hodnoty, jako tatáž skupina v rovině rozumové.

Syndrom vyhoření v tělesné rovině

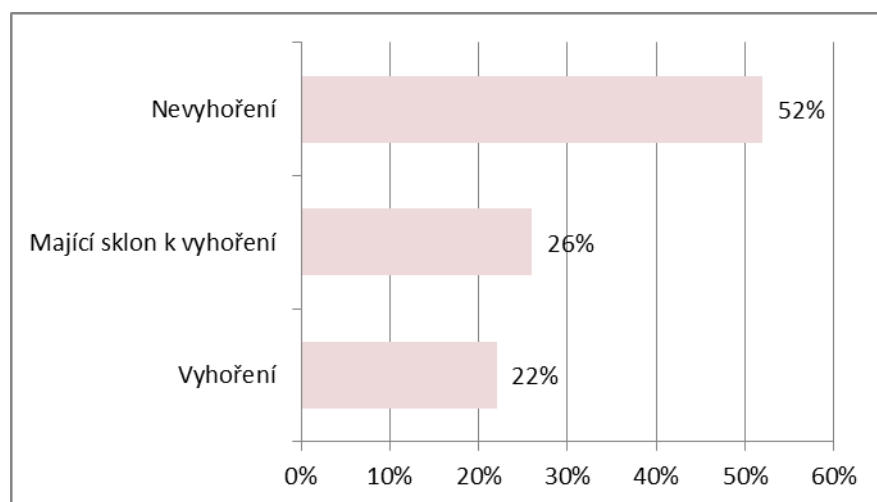
Syndrom vyhoření v tělesné rovině je charakterizován otázkami č. 7, 11, 15, 19, 23, 27. **Nejvyšší možný počet bodů dosažený v jedné rovině je 24.** Aritmetickým průměrem jsme spočítali, že sledovaný celkový počet respondentů má celkem **9,35** bodů. Při rozdělení sledovaného souboru dle pohlaví na muže a ženy, měly ženy **9,04** a muži **10,09** bodů průměrně. Dále jsme aritmetickým průměrem spočítali syndrom vyhoření v tělesné rovině v jednotlivých skupinách rozdělených podle délky praxe v oboru: 0 – 4 roky měli **4** body, 5 – 10 let dosáhli na **8,88** bodů, 11 – 15 let taktéž **8,88** bodů, 16 – 20 let **11,47** bodů a s praxí delší než 21 let **12,18** bodů. Toto je jediná rovina, ve které body plynule stoupají napříč spektrem skupin s různými délkami praxe v oboru záchranná služba a dosahují maxima (myšleno průměrné hodnoty) právě ve skupině s nejdelší praxí v oboru 21 let a více. V dalším dělení výzkumného vzorku respondentů - skupina, která hodnotí mimořádné situace jako mírné až středně zatěžující, měla v tělesné rovině **1,57** bodů. Naproti tomu druhá skupina, která tytéž situace hodnotí jako vysoce až maximálně zátěžové, dosáhla na **20,43** bodů průměrně.

Syndrom vyhoření v sociální rovině

Syndrom vyhoření v sociální rovině dávají tušit odpovědi na otázky č. 8, 12, 16, 20, 24 a 28. **Nejvyšší možný počet bodů dosažený v jedné rovině je 24.** Aritmetickým průměrem jsme spočítali, že sledovaný vzorek respondentů má celkem **9,92** bodů v sociální rovině. Což je nejvyšší počet ze všech rovin. Nejvyšší maximální hodnota bodů, které lze dosáhnout, je 24. Při rozdělení souboru dle pohlaví, připadlo ženám **9,17** bodů a mužům **11,59** bodů. Respondenti s praxí 0 – 4 roky měli průměrně **7,00** bodů, s praxí v oboru 5 – 10 let **8,04** bodů, s délkou praxe 11 až 15 let **11,18** a s praxí 16 až 20 let **12,80** bodů a v poslední skupině od 21 let a výše praxe v oboru jsme aritmetickým průměrem spočítali **10,73** bodů. Skupina, která hodnotí mimořádné situace jako mírné až středně zatěžující měla v sociální rovině **2,00** bodů. Naproti tomu druhá skupina, která tytéž situace hodnotí jako vysoce až maximálně zátěžové, dosáhla na **22,57** bodů.

Tabulka 29 - Celková míra náchylnosti k syndromu vyhoření

	Míra náchylnosti k syndromu vyhoření / bodů
Rozumová rovina	8,4
Emocionální rovina	9,31
Tělesná rovina	9,35
Socialní rovina	9,92
Celkem	36,97

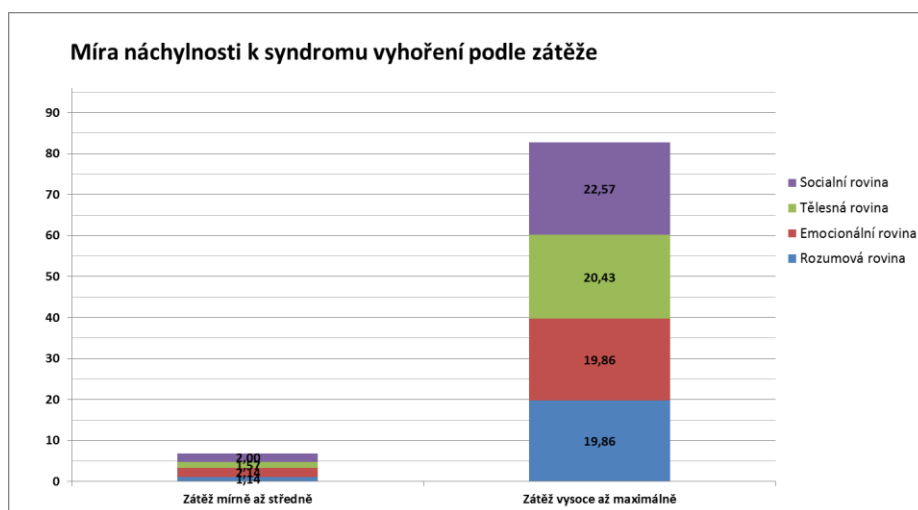


Obrázek 4 - Rozdělení respondentů z pohledu syndromu vyhoření v %

- Celková míra náchylnosti k syndromu vyhoření činí u celého souboru respondentů **36,97** bodů. **Nejvyšší maximální hodnota bodů, které lze v celém testu Inventář projevů syndromu vyhoření dosáhnout, je 96.** Při rozdělení celého souboru na dvě skupiny dle pohlaví, měly **ženy** celkem **35,42** bodů a **muži** více, tj. **40,54** bodů (aritmetický průměr). Stejným způsobem jsme spočítali průměrné bodové ohodnocení jednotlivých skupin respondentů rozdělených dle délky praxe. Respondenti s praxí od 0 do 4 let mají průměrně počet bodů v testu **21,57** celkem. Další skupina respondentů s praxí od 5 let do 10 dostala celkem **33,84** bodů, následující část respondentů s délkou praxe od 11 let do 15 let už má bodů celkem **36,95** a všeobecné sestry s praxí od 16 let do 20 let mají nejvyšší dosažené skóre **45, 87**. Poslední skupina s délkou praxe v oboru více než 21 let dosáhla na počet **41,64** bodů.

Tabulka 30 - Míra náchylnosti k syndromu vyhoření podle zátěže mimořádných situací na respondenta

Rozdělení podle zátěže	Zátěž mírně až středně/ průměr bodů	Zátěž vysoce až maximálně
Rozumová rovina	1,14	19,86
Emocionální rovina	2,14	19,86
Tělesná rovina	1,57	20,43
Sociální rovina	2	22,57
Celkem	6,85	82,72



Obrázek 5 - Míra náchylnosti k syndromu vyhoření podle zátěže

Soubor respondentů jsme také rozdělili na dvě části podle toho, jak v dotazníku ohodnotili mimořádné zátěžové situace. Respondenti, kteří zaškrtnuli u mimořádných situací zátěžovost od 1 (žádná zátěž), 2 (mírná zátěž) až 3 (střední zátěž), tvoří jednu skupinu. Druhou skupinu jsme utvořili z respondentů, kteří mimořádné situace definovali jako 4 (vysoce) až 5 (maximálně) zátěžové. Skupina, která hodnotí mimořádné situace jako mírné až středně zatěžující, měla v celém dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření průměrně **6,85** bodů celkem. Naproti tomu druhá skupina, která tytéž situace hodnotí jako vysoce až maximálně zátěžové, dosáhla na průměrně **82,72** bodů celkem.

5.7 Hlavní zjištění

5.7.1 Dosažení stanovených cílů a ověření hypotéz

Mezi základní cíle naší výzkumné práce patřilo jednak změření výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje a jednak v souladu s tím i porovnání četnosti výskytu syndromu zvláště u mužů a zvláště u žen. V dalším cíli jsme potřebovali zjistit, zda má vliv četnost mimořádných zátěžových situací na výskyt syndromu vyhoření. V neposlední řadě jsme zjišťovali samotný vliv délky praxe u zdravotnické záchranné služby na vznik syndromu vyhoření.

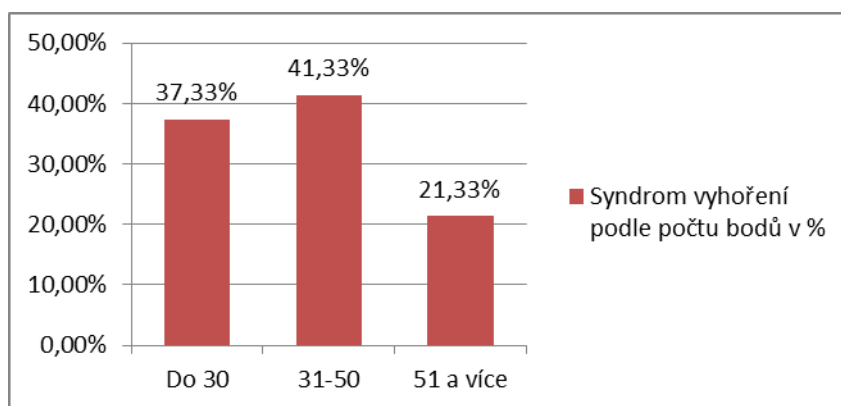
V souvislosti s výše uvedenými cíli jsme stanovili tři základní hypotézy. H1: Vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen. H2: Pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester se zvyšuje s počtem mimořádně zátěžových situací, jako je např. záchrana dítěte nebo blízkého člena rodiny či komunity a /nebo neúspěch při zásahu. H3: Znamky syndromu vyhoření se objevují častěji u všeobecných sester, které pracují v tomto oboru více než 5 let.

Změření výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester ZZS LK a porovnání četnosti výskytu syndromu zvlášť u mužů a zvlášť u žen

Na základě provedeného výzkumu lze konstatovat, že všeobecné sestry ze Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje vykazují příznaky syndromu vyhoření, tzn. jejich skóre je 36,97 bodů průměrně na osobu (nejvyšší možný počet je 96bodů). Když se cíleně zaměříme na jednotlivé roviny syndromu vyhoření, můžeme říci, že nejproblémovější je u celého souboru zkoumaných všeobecných sester sociální rovina, kde je 9,92 bodů na osobu průměrně (nejvyšší možný počet je 24 bodů dosažených v jedné rovině). Pokud porovnáváme muže a ženy, tak měřením jsme došli k výsledku pro muže nepříznivějšímu, a to, že muži mají skóre celkem 40,55 bodů. Ženy dopadly trochu lépe, dosáhly na hodnotu 35,42 bodů celkem. Za zmínku stojí i jaké roviny u obou pohlaví dominovaly. U žen je nejvíce syndrom vyhoření rozvinut v emocionální rovině, kdy je bodový průměr na osobu 9,25 a naopak výrazněji nižší než ostatní roviny je u žen postižení rozumové roviny – 7,96bodů. Výsledky dále poukázaly na výrazné postižení tělesné roviny u mužů, kde výsledný průměr bodů na respondenta činí celých 11,59bodů a nejnižší počet bodů vykazovala u mužů rovina emocionální – 9,41bodů.

Tabulka 31 - Výsledky podle počtu bodů

Počet bodů	Počet respondentů	Syndrom vyhoření podle počtu bodů v %
Do 30	28	37,33%
31-50	31	41,33%
51 a více	16	21,33%
Celkem	75	100%



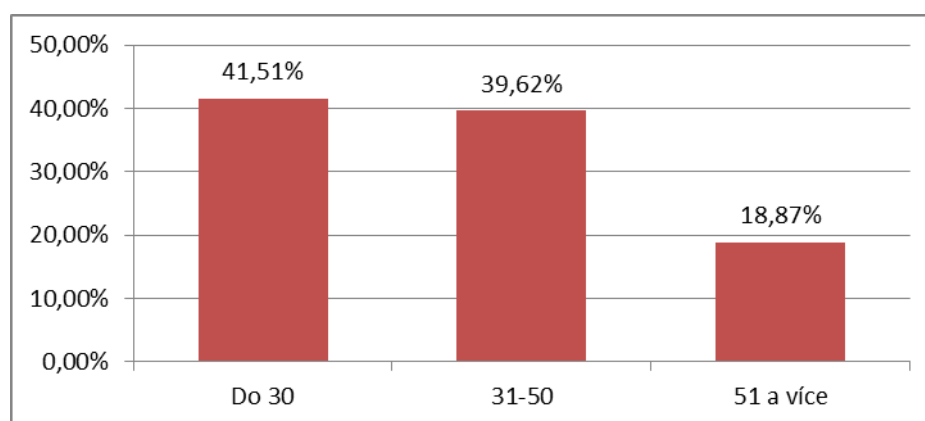
Obrázek 6 - Syndrom vyhoření podle počtu bodů

K těmto výsledkům jsme došli díky použití dotazníku Inventář syndromu vyhoření, (viz kapitola Popis výzkumné metody), kde maximální možný počet dosažených bodů je 96. Hranice a limity, kterými jsme zkoumaný soubor rozdělili na skupiny dle procentuálního zastoupení, jsme si vypůjčili z bakalářské práce Burgerové (Burgerová, 2010). Rozdělili jsme výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření na tři oddíly a to následujícím způsobem. První skupina, jež nevykazuje žádné známky syndromu vyhoření, získá v Inventáři projevů syndromu vyhoření celkem do 30 bodů včetně. Následující druhá skupina, která má klasifikaci od 31 bodů do 50 bodů včetně, již vykazuje příznaky syndromu vyhoření. Ve třetím oddílu respondentů se nacházejí jedinci, kteří přesáhli v Inventáři projevů syndromu vyhoření přes 51 bodů celkem, a tudíž jsou hodnoceni jako postižení syndromem vyhoření a to konkrétně závažnými příznaky.

V našem zkoumaném vzorku respondentů je celkem 75 všeobecných sester. Z nichž takřka jedna třetina, tj. konkrétně 28 sester nedosahuje hodnoty 30 bodů a tím pádem nejeví známky syndromu vyhoření, z celkového počtu respondentů je tedy 37% zdravých. Ovšem již 31 všeobecných sester jeví příznaky syndromu vyhoření a tvoří tak 41 % respondentů, kteří vykazují příznaky syndromu vyhoření. Nejmenší skupina, tj. 16 respondentů, má již rozvinutý syndrom vyhoření. Tito postižení jedinci tvoří 21% z celého vzorku zkoumaného souboru. Což je pětina všeobecných sester ze ZZS LK.

Tabulka 32 - Výsledky podle počtu bodů u žen

Počet bodů	Počet respondentů	Syndrom vyhoření podle počtu bodů v %
Do 30	22	41,5%
31-50	21	39,6%
51 a více	10	18,9%
Celkem	53	100%

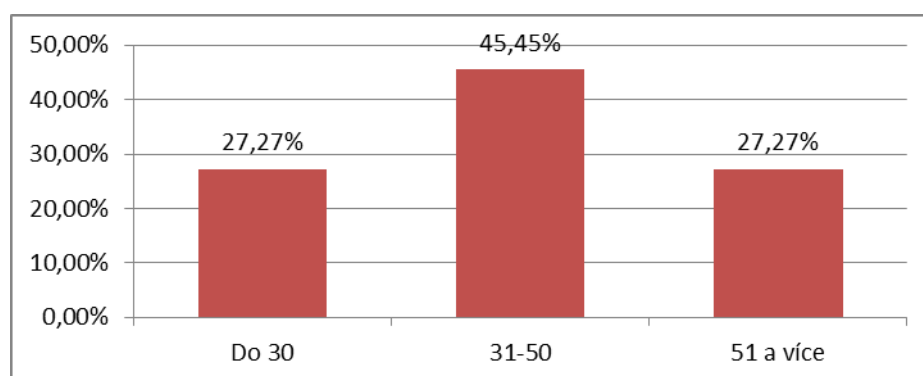


Obrázek 7 - Syndrom vyhoření podle počtu bodů u žen

Pokud se zaměříme na druhou část prvního cíle, rozebereme nyní syndrom vyhoření dle pohlaví respondentů. U žen bylo zjištěno, že největší skupina, byť jen o jednu všeobecnou sestru, je tvořena jedinci nepostíženými syndromem vyhoření, celých 22 žen, tj 42% z celkového počtu, je zdravá - v souvislosti se syndromem vyhoření. Bezprostředně za nimi je s počtem 21 všeobecných sester, tj. 40% z celého souboru, část sester ze ZZS LK lehce vykazující první příznaky syndromu vyhoření. 10 žen má rozvinutý syndrom vyhoření, je to 19% všech žen

Tabulka 33 - Výsledky podle počtu bodů u mužů

Počet bodů	Počet respondentů	Syndrom vyhoření podle počtu bodů v %
Do 30	6	27,3%
31-50	10	45,5%
51 a více	6	27,3%
Celkem	22	100%



Obrázek 8 - Syndrom vyhoření podle počtu bodů u mužů

Z celkového počtu 22 mužů, je 6 respondentů zdravých, respektive nevykazuje známky syndromu vyhoření, což činí 27,3%. Největší skupina je tvořena 10 muži, kteří vykazují již první příznaky syndromu vyhoření, je to necelá polovina mužů, konkrétně 45,5% z celkového počtu mužů. Závažně postižených mužů syndromem vyhoření je 6, což činí 27,3% .

Hypotéza 1: Vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen. Při testování této hypotézy jsme použili t - test v programu Microsoft Excel. Slouží k testování rozdílů v průměrech podle skupin, v tomto případě k porovnání průměrů v testu syndromu vyhoření u mužů a žen. Rozdíly v průměrných hodnotách jsou následující: muži mají průměr 40,8 a ženy 35,3, ale t- test nezjistil, že by rozdíly byly statisticky významné – hodnoty v políčku sig (viz Příloha B – Testované hypotézy) jsou větší než 0,05. Hypotéza nebyla potvrzena, byla vyvrácena.

Tabulka 34 - Testovaná skupina

SKÓRE	Pohlaví	N	Průměr
	Muži	22	40,8
	Ženy	53	35,3

Párový test pro různé rozptyly = 0,231.

Vliv četnosti mimořádných zátěžových situací na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester ZZS LK

Podstatou bylo zjistit vliv četnosti mimořádných zátěžových situací na výskyt syndromu vyhoření. Vybrali jsme tyto situace: těžké infaustní poranění dítěte či jeho úmrtí, těžké infaustní poranění mladistvého či jeho úmrtí, výjezd k blízkému (příbuzní, kolegové, přátelé aj. členové blízké komunity), plané výjezdy a zneužití záchranné služby, verbální a /nebo fyzická agrese ze strany pacienta/klienta či jeho blízkých.

Zaměříme -li se na porovnávání dat u celého souboru v rámci působení mimořádných zátěžových situací na respondenta, pak docházíme k závěru, že všeobecné sestry, které mimořádné situace hodnotily ve škále zátěžovosti jako situace s žádnou, mírnou či střední zátěží, mají celkem v průměru 6,85 bodů v celém testu Inventář projevů syndromu vyhoření. Oproti tomu sestry, které zaškrtnly u těchto mimořádných situací hodnoty vyšší či-li, že na ně působí zátěž vysoko až maximálně, tak v celém testu získaly vysokých 82,72 bodů! Přihlédneme - li k rovinám, v nichž se nachází nejvyšší počet bodů, tak u sester, které udávají zátěžovost mimořádných situací jako nízkou, výrazněji profilovala emocionální rovina s počtem 2,14 bodů průměrem na osobu. U respondentů, kteří mimořádné situace hodnotili jako vysoce až maximálně zátěžové byla dominantní jednoznačně rovina sociální, kde je průměr bodů na osobu 22,57 a hned za ní rovina tělesná s průměrným počtem bodů 20,43: Tabulka 30 - Míra náchylnosti k syndromu vyhoření podle zátěže mimořádných situací na respondenta a Obrázek 5 - Míra náchylnosti k syndromu vyhoření podle zátěže. Spočítali jsme, že ti respondenti, kteří uváděli u zátěžových situací zátěž žádnou, mírnou, až střední mají v testu výrazně nižší hodnoty viz Tabulka 30 - Míra náchylnosti k syndromu vyhoření podle zátěže mimořádných situací na respondenta a ti, kteří uváděli maximální možnou zátěž, mají hodnoty v Inventáři projevů syndromu vyhoření vysoký počet bodů nejen v jednotlivých rovinách, ale i celkem.

Podíváme-li se blíže na samotné mimořádné zátěžové situace a na to, jak působí na jednotlivé respondenty, tak z výzkumného šetření zjišťujeme, že nejzátěžovější situací pro celý vzorek respondentů je těžké infaustní poranění či úmrtí dítěte 41%, dále fyzická agrese 25%, potom plané výjezdy a výjezdy k blízkým na stejné úrovni zátěžovosti – 18%, nepatrně pod nimi je verbální agrese – 17% a nakonec nejlépe „snáší“ těžké poranění či úmrtí mladistvého – 15%. V kontextu s tím jde ruku v ruce i četnost těchto situací za uplynulý rok, nejméně se setkali s těžkým poraněním či úmrtím dítěte – 0%, pak s výjezdem k někomu blízkému – 5%, dále těžké infaustní poranění mladého člověka – 18,5%, následuje fyzická agrese – 25%, verbální agrese – 41% a plané výjezdy – 60%. Zde byla hodnocena pouze **maximální četnost** (kolik respondentů průměrně zaškrtnulo u té které mimořádné zátěžové situace nejvyšší maximální četnost **10 výjezdů a více/rok**).

Hypotéza č. 2: Pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester se zvyšuje s počtem mimořádně zátěžových situací, jako je například záchrana dítěte nebo blízkého člena rodiny či komunity a/nebo neúspěch při zásahu. Vztah mezi počtem zátěžových situací a skórem v testu Inventář projevů syndromu vyhoření. Počítáno Pearsonovým korelačním koeficientem, obě proměnné jsou číselné. Zjistili jsme, že přímo úměrný vztah mezi skórem a počtem situací je statisticky významný na hladině 0,01. Tedy hypotéza byla potvrzena.

Tabulka 35 - Pearsonův korelační koeficient

		součet situací	SKÓRE
součet situací	Pearsonův korelační koeficient	1	,476(**)
	n	75	75
SKÓRE	Pearsonův korelační koeficient	,476(**)	1
	n	75	75
Signifikantní na hladině 0,01			

Vliv délky praxe všeobecné sestry v ZZS LK

Pokud se zaměříme na délku praxe, tak z výzkumu provedeného u všech výjezdových sester všech směn ze všech výjezdových stanovišť ZZS LK jsme zjistili následující proměnné. Rozdělili jsme si respondenty dle délky praxe na skupiny od 0 do 4 let, dále od 5 let do 9 let, pak od 10 let do 15 let, od 16 let do 20 let a od 21 let výše.

Tabulka 36 – Vliv délky praxe

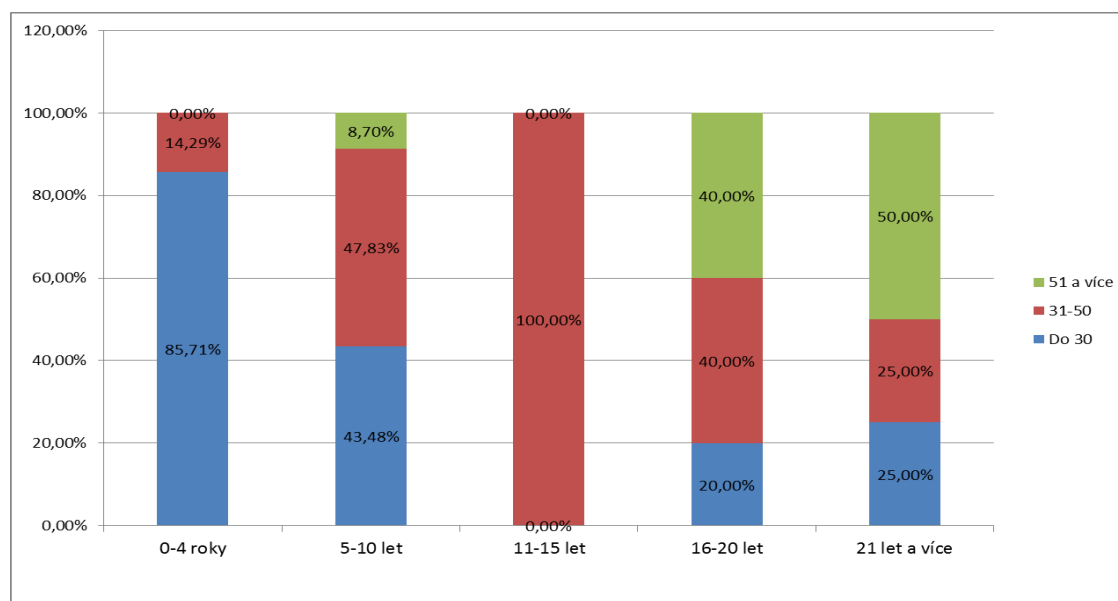
Rozdělení podle délky praxe	0 - 4 roky	5 -10 let	11- 15 let	16 - 20 let	21 let a více
Rozumová rovina	5,00	7,92	8,24	9,73	8,55
Emocionální rovina	5,57	9,00	8,65	11,87	10,18
Tělesná rovina	4,00	8,88	8,88	11,47	12,18
Sociální rovina	7,00	8,04	11,18	12,80	10,73
Celkem	21,57	33,84	36,95	45,87	41,64

Přihlédneme – li k délce praxe všeobecné sestry v oboru, pak můžeme konstatovat, že nejvíce ohroženou skupinou sester jsou ty, které v oboru pracují 16 až 20 let, jejich skóre je poměrně vysokých 45,9 bodů, tudíž mají varovné příznaky syndromu vyhoření. Nejnížší hodnoty (21,6) mají sestry s délkou praxe 0 – 4 roky, je zde tedy patrná souvislost vzniku syndromu vyhoření s délkou praxe sestry v oboru. V porovnání jednotlivých rovin u sester s různými délkami praxe zjišťujeme následující: sestry, které v oboru pracují nejkratší dobu, mají v tělesné rovině nejnížší počet bodů (4,00), je zde zřejmá souvislost s věkem všeobecných sester. Respondenti pracující v oboru 5 až 10 let mají nejvyšší počet bodů v rovině emocionální (9,00). Vše počítáno aritmetickým průměrem. V další kategorii sester v oboru 11 -15 let je znatelně nejvyšší rovina sociální 11,18 bodů na osobu. Ovšem skupina respondentů, kteří pracují ve zdravotnické záchranné službě v rozmezí od 16 do 20 let, má výrazně nejvyšší hodnotu bodů 12,80 na osobu v sociální rovině. Za zajímavost stojí fakt, že ačkoli v poslední skupině (21 let a více v oboru) celková míra náchylnosti k syndromu vyhoření je už zase nižší (41,6) než u předchozí skupiny 16 – 20 let, kde celková hodnota eskaluje

(45,9), tak v jediné rovině hodnota dále stoupá – a to v rovině tělesné, kde dochází k vzestupu na 12,2bodů.

Tabulka 37 - Počet bodů průměrně– rozdělení výzkumného vzorku dle délky praxe

Počet bodů/Délka praxe	n	0-4 roky	n	5-10 let	n	11-15 let	n	16-20 let	n	21 let a více
Do 30 bodů	6	85,7%	10	43,5%	0	0,00%	3	20,00%	4	25,00%
31-50 bodů	1	14,3%	11	47,9%	3	100,00%	6	40,00%	4	25,00%
51 bodů a více	0	0,00%	2	8,7%	0	0,00%	6	40,00%	8	50,00%
Celkem	7	100,00%	23	100%	3	100,00%	15	100,00%	16	100,00%



Obrázek 9 - Graf znázorňující počet bodů získaných v testu u jednotlivých délek praxe v oboru

Do 30 bodů získaných v Inventáři projevů syndromu vyhoření, a tudíž za nepostížené syndromem vyhoření, řadíme a považujeme 85,7% všeobecných sester s praxí v oboru 0 – 4 roky, 10 všeobecných sester (43,5%) s praxí 5 – 10 let, pouze 3 sestry (tj. 20%) pracující v oboru 16 – 20 let a 4 respondenti, kteří udali, že pracují v oboru více než 21 let, tj. 25%.

V referenční mezi od 31 získaných bodů do 50bodů, tedy ti, kteří vykazují první známky syndromu vyhoření, je pouze jeden respondent ze skupiny od 0 do 4 let, tj. 14,3%. Ve druhé skupině je to 11 respondentů (47,9%), kteří pracují v oboru 5 až 10 let. Sestry, které jsou u záchranné služby 11 – 15 let, vykazují všechny (tj. 100%,) první postižení syndromem vyhoření = to je alarmující údaj. Respondenti s délkou praxe 16 až 20 let jsou ze 40% poškozeni syndromem vyhoření (6 lidí) a sestry sloužící v oboru více než 21 let tvoří čtvrtinu probandů s prvotními příznaky syndromu vyhoření.

Závažné příznaky syndromu vyhoření a více než 51 bodů v Inventáři projevů syndromu vyhoření získalo celkem: 0 sester s praxí v oboru 0 – 4 roky, 2 sestry s praxí 5 – 9 let, což je 8,7%. Dále 0 sester s praxí 11 – 15 let a 6 sester s praxí 16 až 20 let, což je 40%, a přesně polovina sester s praxí vyšší než 21 let u záchranné služby, tj. konkrétně 8 sester (50%).

Hypotéza 3: Známky syndromu vyhoření se objevují častěji u všeobecných sester, které pracují v tomto oboru více než 5 let. Hypotéza je tedy vztah mezi počtem let a skórem s testu Syndromu vyhoření, je počítána Pearsonovým korelačním koeficientem, obě proměnné jsou kardinální. Přímý úměrný vztah mezi skóre a počtem let je statisticky významný na hladině 0,01. H3 potvrzena na hladině 0,05 (trochu slabší než 0,01).

Tabulka 38 - Vztah mezi počtem let a skórem s testu syndromu vyhoření

		SKÓRE	4. Vaše délka praxe v oboru (v letech)
SKÓRE	Pearsonův korelační koeficient	1	,255(*)
	n	75	75
4. Vaše délka praxe v oboru (v letech)	Pearsonův korelační koeficient	,255(*)	1
	n	75	75
Signifikantní na hladině 0,05			

6. Diskuse

6.1 Diskuse a vyhodnocení výzkumu

V teoretické části jsme se zaměřili na definici syndromu vyhoření, krátce jsme pohlédli na jeho historii, seznámili jsme se s příčinami syndromu vyhoření a také s příznaky tohoto procesu. Probrali jsme jednotlivé fáze, projevy, možnou terapii a prevenci vzniku obecně. V teoretické části práce jsme se také blíže seznámili s přednemocniční neodkladnou péčí, s fungováním Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, s prací nelékařských zdravotnických pracovníků v urgentní medicíně a se syndromem vyhoření ve zdravotnictví obecně.

V rámci výzkumného projektu bylo osloveno 105 všeobecných sester ZZS LK, aktivně se zapojilo 75 respondentů = všeobecných sester, návratnost dotazníku činila 71%. Na začátku výzkumu jsme stanovili tři cíle a tři hypotézy, které jsme se na základě dotazníkového průzkumu pokusili potvrdit či vyvrátit.

Na základě provedeného výzkumu jsme zjistili, že všeobecná sestra ZZS LK má průměrně skoro 40 bodů v testu Inventář projevů syndromu vyhoření, což znamená vyskytující se první příznaky syndromu obecně. Když se na tuto problematiku podíváme blíže, musíme konstatovat, že 37% ze všech respondentů je skupina nepostížených syndromem vyhoření a z tohoto hlediska úplně zdravých. Sestry, které vykazují ony první varovné příznaky, tvoří 41% z celku. Závažné příznaky a již plně rozvinutý syndrom vyhoření náš výzkum prokázal u pětiny všeobecných sester. Při srovnání mužů a žen, jsme zjistili, že muži měli výsledky mírně vyšší, jejich příznaky postižení syndromem vyhoření dominovalo především v rovině tělesné, což je poměrně logické, protože si zřejmě spoustu problémů nechtějí připustit „jich se tohle přeci netýká“ a napovrch tyto starosti a první příznaky vyplují ve formě psychosomatických potíží, jako jsou poruchy spánku, záživací obtíže a například bolesti zad. Zato nejméně muže trápí rovina emocionální. V této emocionální rovině ovšem zcela dominovaly ženy, i toto zjištění nám připadá poměrně logické v souvislosti s hormonálními dysbalancemi u ženského pohlaví. Symptomy v rovině emocionální mohou být kupříkladu lítostivost, ustrašenost, nervozita a sklíčenost, postrádají radost z práce. I když výsledky v porovnání rozdílů mezi pohlavími vyjadřovaly, že naše hypotéza, že vznik syndromu vyhoření je u mužů pravděpodobnější než u žen, bude potvrzena, opak

je pravdou. Při testování jsme zjistili, že hypotéza č.1 se nepotvrdila (viz Příloha B – Testované hypotézy).

Zjišťovali jsme také vliv četnosti mimořádných zátěžových situací na vznik syndromu vyhoření. Při tomto průzkumu jsme došli k zajímavým výsledkům. Zkoumali jsme totiž nejen četnost výjezdů k mimořádným situacím, ale i zátěžovost jednotlivých situací. Nejvíce traumatizující pro sestry ze ZZS LK je výjezd k těžkému poranění či úmrtí dítěte. A co nás však velmi překvapilo, že na druhém místě je fyzická agrese ze strany pacientů/klientů, kterou sestry ze ZZS LK velmi špatně snáší. Zvláštní výsledek byl, že ze všech nabídnutých mimořádných situací akceptují sestry ze ZZS LK nejsnadněji těžké poranění či úmrtí mladého člověka. Dovolujeme si na základě zkušeností z oboru tvrdit, že je to proto, že výjezd k mladým lidem je jaksi všední záležitostí, protože mladí lidé se nejčastěji objevují coby pacienti/klienti zranění při sportu, dopravních nehodách, adrenalinových zážitcích, intoxikacích různými drogami, různé volnočasové aktivity jako in-line brusle, cyklistika, potápění, motorsport, horolezectví apod. vybízejí k úrazům. V četnosti zcela jasně dominovaly plané výjezdy a zneužití záchranné služby. Všimli jsme si, že tento typ výjezdů působil také osloveným respondentům nemalou zátěží, stejně tak jako verbální agrese ze strany pacienta/klienta. Rádi bychom podotkli, že předdefinovanou situaci „plané výjezdy a zneužití zdravotnické záchranné služby“ jsme do testu vřadili na základě autorčinných vlastních zkušeností z oboru. Zjistili jsme, že přímo úměrný vztah mezi skórem v testu a počtem situací je statisticky významný, hypotéza se potvrdila (viz Příloha B – Testované hypotézy).

Nyní se zaměříme na délku praxe sester v souvislosti s možným vznikem syndromu vyhoření, kde jsme stanovili onu zlomovou hranici 5 let jako mezník, od kdy pravděpodobně vzniká syndrom vyhoření u všeobecných sester ZZS LK. Až při zpracování výsledků jsme zjistili, že nemůžeme rozdělit respondenty dle délky praxe pouze na dvě skupiny – 0 až 4 roky a 5 let a více, a to konkrétně z toho důvodu, že první skupinu 0 – 4 roky nám tvořilo pouze 7 sester, což je nízký počet. Proto jsme přistoupili k druhému kroku a vytvořili jsme několik skupin dle délky praxe. Z výsledků zkoumaného vzorku respondentů jsme zjistili, že opravdu těch prvních 5 let práce u ZZS LK je zlomových a sestry začínají vykazovat první známky poškození syndromem vyhoření, konkrétně je to 48% sester, které po 5 letech praxe u ZZS začalo mít první

problémy. Mezi další zajímavé výsledky, které jsme zjistili, patří bezesporu i fakt, že nejhůře je postižena skupina od 11 let do 15 let praxe, kde jsou všichni poškozeni prvními příznaky syndromu vyhoření. Zjistili jsme, že přímo úměrný vztah mezi skórem a počtem let praxe v oboru je statisticky významný. Hypotéza č.3 byla potvrzena.(viz Příloha B – Testované hypotézy).

6.2 Organizační opatření, výstupy práce

Doporučení pro praxi: Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje začala zhruba před třemi lety zavádět CISM = Critical stress incident management, což je soubor opatření, který se týká řízení a zvládání stresu před, při a po událostech mimořádného charakteru. Systém zahrnuje opatření pro zvládání stresu mimořádných událostí při přípravě na událost - vzdělávání, školení, životní styl, v jejím průběhu je to první psychologická a psychosociální pomoc na místě události a v celé době vyrovnávání se s jejími následky. Konkrétní opatření a možnosti zlepšení vidíme v lepším vzdělávání a ve fungující psychologické péči – z obou směrů, tj. nejen aby psycholog byl nabízen, je-li třeba, ale aby se sestry neostýchaly o tento typ pomoci požádat a nebrali své případné problémy na lehkou váhu, či za své osobní a profesní selhání, za které by se museli stydět.

Autorka našeho výzkumu ve spolupráci s externí psycholožkou Mgr. Kolářovou rozdává/rozdávala na Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje kartičky/letáčky s nabídkou psychosociální intervenční péče po prožitých profesně náročných situacích (musíme upozornit, že tento propagační materiál nemá v žádném případě souvislost s naším výzkumem, pouze tématicky. – viz. Příloha H), určitě by bylo vhodné přiměřené finanční ohodnocení po zásazích u extrémně mimořádných situací. A co ještě? Patří sem další a další tolikrát rozebíraná preventivní opatření jako například: snažit se vést smysluplný život – být si vědom základních životních cílů a postupně je realizovat. V tomto oboru je zapotřebí hledat i pozitiva na práci jako pomoc druhým, záchrana lidského života, zmenšení utrpení a jednoduše řečeno mít zkrátka radost a potěšení z vlastní práce. V práci na sobě samých (myšleno pro respondenty) klademe důraz na pozitivní postoj k sobě samému, mít pozitivní emoce, umět se pochválit, udělat si radost a rovněž schopnost mít zodpovědnost za své jednání. Je podstatné uvědomit si,

že každý, tedy i já, chybí. Naučit se asertivitě, umět říci NE, chovat se v konfliktní situaci klidně a nenechat se svést prvním negativním pocitem k impulzivnímu jednání. Naučit se reagovat přiměřenou společenskou formou. Též je důležité umět odpočívat a dbát na dodržování správné životosprávy, sportovat, pěstovat koníčky, záliby. V zaměstnání doporučujeme spoluvytvářet dobré pracovní prostředí nejen umět organizovat svou práci, ale podílet se i na týmové práci. Neméně podstatná je schopnost udržovat pozitivní mezilidské vztahy. Doménou nejen ženských kolektivů jsou komunikační problémy, snažit se je tedy eliminovat.

Naše reflexe na závěr diskuse: V našem dotazníku je postrádáno, co konkrétně respondenti na své práci v oboru oceňují, čím je jejich práce přínosná, co je baví, proč jí vlastně dělají? Toto nebylo sice cílem, ale sdělení by patřilo do celkového konceptu práce. Určitě by se v tomto hodnocení objevily položky jako záchrana života, pomoc lidem, společenská prestiž, barvitost, akčnost a atraktivnost povolání. Tyto položky bychom pak mohli považovat za salutogeny, za jakési pilíře duševního zdraví všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje.

7. Závěr

Nechtěli jsme v této práci pouze popisovat problematiku syndromu vyhoření, snažili jsme se nabídnout kompaktní a ucelené dílo. V teoretické části jsme zpracovali syndrom vyhoření historií počínaje, přes příčiny vzniku, fáze syndromu, symptomy syndromu vyhoření, projevy a případnou terapii syndromu konče. Nermalou pozornost jsme věnovali v teoretické části také syndromu vyhoření ve zdravotnictví, rozpracovali jsme a vysvětlili jsme chod zdravotnické záchranné služby, věnovali jsme se práci všeobecné sestry v přednemocniční neodkladné péči a jejím specifickým. Našli jsme v odborné literatuře provedené výzkumy na toto téma a krátce jsme se nad nimi pozastavili, nicméně toto naše pozastavení mělo na svědomí další stránky navíc, což by bylo zbytečné a zcela nad limit této práce, proto jsme onen krátký vhled do výzkumů syndromu vyhoření ve zdravotnických zařízeních v České republice a srovnání s naším výzkumem vřadili do příloh této práce (viz. Příloha G).

Zkrátka, naší snahou bylo uceleně popsat tento jev včetně příčin, jednotlivých fází, komplikací, které tento syndrom člověku způsobuje a v neposlední řadě možnosti obrany příslušníků pomáhajících profesí před obtížemi, které syndrom vyhoření iniciuje. K tomuto jsme využili odborných pramenů v podobě knih, časopisů, studijních materiálů a internetu. Empirická část práce si vytyčila za cíl zjistit aktuální výskyt syndromu vyhoření všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Existenci syndromu vyhoření je třeba brát jako velice vážný problém, který značnou měrou může ovlivnit prakticky každého. Specifickou skupinou jsou v tomto ohledu zdravotníci, v našem případě všeobecné sestry. Náplň jejich práce přímo evokuje rozvoj tohoto syndromu. Problematice syndromu vyhoření je v odborných kruzích věnována poměrně velká pozornost. Tatáž pozornost je věnovaná syndromu vyhoření i v médiích, je jakousi módní vlnou psát nejen práce, ale i články na toto téma. Podstatou není tedy až tak informovanost o syndromu vyhoření, ta je díky masmédiím v populaci dá se říci dostatečná, opravdovou podstatou je však nutnost změny, konkrétně změny v myšlení lidí. Považování syndromu vyhoření za projev slabošství či vědomé popírání zcela viditelných příznaků ať už ze strany postiženého pracovníka, či ze strany zaměstnavatele, je častým jevem, možná můžeme říci, že je to pravidlem v mnoha pracovních kolektivech. Důležité je nestydět se a umět si říci o pomoc tak, jak to radíme svým pacientům/klientům. Jestliže k této změně alespoň nepatrným dílkem přispěje tato práce, bude to pro nás odměna za čas věnovaný realizaci tohoto výzkumu.

Soupis bibliografických citací

Monografie

BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. 2001. ISBN 80 - 7178 - 550 - 4

BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BYDŽOVSKÝ, J., *Akutní stavy v kontextu* Praha: Triton 2008, str. 450
ISBN 978-80-7254-825-6

JEKLOVÁ, M., REITMAJEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80 - 86991 - 74 - 1

KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1997.
ISBN 80 - 7169 - 121 - 6

KEBZA, J., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 26 stran
ISBN 80 - 7071 - 231 - 7

SCHMIDBAUER, W., *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-312-9

SCHREIBER, V. a kol. *Stres patofyziologie-endokrinologie-klinika*. Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, n.p. 1985. ISBN 08 - 045 - 85

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978 - 80 - 247 - 3553 - 5

ŠOLCOVÁ, I., *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada (úvod od prof. PhDr. Jana Vymětala, ÚHSL 1. LF UK v Praze). ISBN 978 - 80 - 247 - 3

VOLLMER, H., *Pryč s únavou: syndrom vyprahlosti*. Praha: Motto. 1998.
ISBN 80 - 85872 - 90 - 0

VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978 - 80 - 247 - 3174 - 2

Časopisy

ZACHAROVÁ,E.,*Syndrom vyhoření v klinické praxi..*FLORENCE, 2008 7/8 s.305-306

PTÁČEK,R., KUŽELOVÁ,H.,ČELEDVÁ,L. *Syndrom vyhoření u lékařů*
ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, 31 -32 /9.8.2010/,str.21,22,23

EDELWICH,BRODSKY in MALLOTOVÁ, K.: *Burn-out neboli syndrom vyhoření*, in
PSYCHOLOGIE DNES, 2. číslo 2003

ŠEBLOVÁ, KEBZA, VIGNEROVÁ: *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice: Expozice kritickým událostem a výskyt syndromu vyhoření v letech 2003/2005. Psychomorbidity u pracovníků záchranných služeb. ČESKOSLOVENSKÁ PSYCHOLOGIE*, 2007, 51, 4, s.404 – 417, ISSN 0009-062X

Elektronické zdroje

KUPKA, M., *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. [online] [cit. 2000-11-11].
Dostupný z: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>> ISSN 1802-8853

ŠTANCEL, VARGOVÁ, MAJDIŠOVÁ, *Psychosociální podpora zdravotníků v krizových situacích*,časopis SESTRA,01/2012. [online] [cit. 2012-06-28]. Dostupný z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/psychosocialni-podpora-zdravotniku-v-krizovych-situacich-463109>

BURGEROVÁ, *Syndrom vyhoření u personálu LDN*, časopis ZDRAVOTNICKÉ NOVINY, 38/2010. [online] [cit. 2012-06-28]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/syndrom-vyhoreni-u-personalu-ldn-454420>

Autoři neuvedeni, *Syndrom vyhoření*,časopis SESTRA, 12/2005. [online] [cit.2012-06-28]. Dostupné z www: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-283649>

TOŠNEROVI, *Inventář projevů syndromu vyhoření*, HESTIA, PRAHA 2002, Pracovní sešit.[online][cit.2012-06-28]Dostupné:<http://www.hest.cz/hestia/pro-organizace/dokumenty-ke-stazeni/>

zahraniční literatura

BAKKER,A.B., DEMEREOUTI,E., SCHAUFELI,WB.,*Validation of the Maslach Burnout Inventory - General Survey: An internet study. Anxiety Stress Copin.*2002. 15:245-260.

Dr.Thomas Appel-Schumacher, překlad Andrea Kyselovičová,PhDr.Blanka Čepická, Praha leden 2003,*Zacházení se stresem v kritických situacích – základní kurs*,skripta v kroužkové vazbě, bez ISBN

Dr.Thomas Appel-Schumacher, překlad Andrea Kyselovičová,PhDr.Blanka Čepická, Praha leden 2007,*Zacházení se stresem v kritických situacích – pokračovací kurs*,skripta v kroužkové vazbě, bez ISBN

Jeffrey T.Mitchell,PhD,CTS *Advanced Group Crisis Intervention: Strategies and Tactics for Complex Situations*, by the International Critical Incident Stress Foundation,Inc.,all rights reserved (November 2006), ISBN 0-9765815-6-6

Jeffrey T.Mitchell,PhD,CTS, and George S.Everly,Jr.,Ph.D.,FAPM,CTS *The Basic Critical Incident Stress Management Course:Basic Group Crisis Intervention*, by the International Critical Incident Stress Foundation,Inc.,all rights reserved 2001, ISBN 0-9646356-6-6

Přílohy

Příloha A – Průvodní dopis

Příloha B – Testované hypotézy

Příloha C – Vývojové diagramy

Příloha D – Dotazník syndromu vyhoření

Příloha E – Počty zaměstnanců ZZS LK

Příloha F – Fotodokumentace

Příloha G – Výzkumy syndromu vyhoření

Příloha H – Letáček s informacemi o PIS

Příloha A – Průvodní dopis

> Od: <chalupovaverunka@seznam.cz>

> Komu: <vsliberec@zszslk.cz>, <vsceskydub@zszslk.cz>,

> <vsfrydlant@zszslk.cz>, <vsradek@zszslk.cz>, <vsturnov@zszslk.cz>,

> <vssemily@zszslk.cz>, <vsjilemnice@zszslk.cz>, <vsrokytnice@zszslk.cz>,

> <vstanvald@zszslk.cz>, <vsjablonec@zszslk.cz>, <vsceskalipa@zszslk.cz>,

> <vsdoksy@zszslk.cz>, <vsjablonne@zszslk.cz>, <kos@zszslk.cz>,

> <simon@zszslk.cz>, <bihary@zszslk.cz>, <hanusova@zszslk.cz>,

> <foldova@zszslk.cz>, <v.prochazkova@zszslk.cz>, <cechova@zszslk.cz>,

> <madarcikova@zszslk.cz>, <zemanova@zszslk.cz>, <garaiova@zszslk.cz>,

> <kramarova@zszslk.cz>, <krivankova@zszslk.cz>, <vagnerova@zszslk.cz>,

> <hajkova@zszslk.cz>, <mandlova@zszslk.cz>, <kuceroval@zszslk.cz>,

> Kopie:

> Předmět: dotazník

> Datum: 03.12.2011 14:24:42

> -----

> Dobrý den vážené kolegyně, vážení kolegové, ráda bych poprosila ty z

> Vás, kteří jste "všeobecná sestra" o vyplnění dotazníku k mé

> bakalářské práci na téma Syndrom vyhoření u zdravotních sester

> Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje. Pro ty z Vás, kteří

> mně neznáte

> - jsem zároveň vaší kolegyní (zdravotní sestrou) z Výjezdového

> střediska Liberec a zároveň studentkou 3.ročníku kombinovaného studia

> oboru ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci.

> V první části dotazníku Vás poprosím o vyplnění sociodemografických

> údajů (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe v oboru), dále navazuje

> samotný standardizovaný dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření a

> na závěr Vás čekají tři otázky na specifickou stránku Vaší práce -

> konkrétně na zátěžové situace ve výjezdech.

- > A v poslední řadě jsem Vám nechala i prostor k vyjádření případných
- > nápadů k tématu. Dotazník je plně anonymní, ani se mi nezobrazují Vaše
- > adresy(- odesílatelé / respondenti -).
- > Adresy jednotlivých výjezdových stanovišť a pověřených osob jsem
- > získala spolu s laskavým svolením k provedení výzkumného dotazníkového
- > šetření od Mgr. Jany Kučerové.
- > Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.
- > S úctou Veronika Chalupová
- > [https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHR2amdJYUg0c3RIR](https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHR2amdJYUg0c3RIR3B1bnhVaDdmakE6MQ)
- > 3B1bnhVaDdmakE6MQ

Příloha B – Testované hypotézy

H1: použit T-Test

Slouží k testování rozdílů v průměrech podle skupin, v tomto případě k porovnání průměrů v testu syndromu vyhoření u mužů a žen. Rozdíly v průměrných hodnotách jsou, muži mají průměr 40,8 a ženy 35,3, ale t- test nezjistil, že by rozdíly byly statisticky významné – hodnoty v políčku sig jsou větší než 0,05

Group Statistics					
	1. Vaše pohlaví	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SKÓR	1	22	40,82	18,633	3,973
	2	53	35,28	16,002	2,198

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SKÓR	Equal variances assumed	,204	,653	1,299	73	,198	5,54	4,261	-2,957	14,027
	Equal variances not assumed			1,219	34,519	,231	5,54	4,540	-3,686	14,757

H2: Vztah mezi počtem zátěžových situací a skórem v testu SyV.

Počítáno Pearsonovým koeficientem (obě proměnné jsou číselné)

Correlations

Informace v tabulce říká, že přímo úměrný vztah mezi skórem a počtem situací je statisticky významný na hladině 0,01, tedy H2 potvrzena na hladině 0,01

Correlations			
		součet situací	SKÓR
součet situací	Pearson Correlation	1	,476(**)
	N	75	75
SKÓR	Pearson Correlation	,476(**)	1
	N	75	75
** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).			

H3: Vztah mezi počtem let a skórem v testu syndromu vyhoření

Počítáno Pearsonovým koeficientem (obě proměnné jsou kardinální)

Informace v tabulce říká, že přímo úměrný vztah mezi skórem a počtem let je statisticky významný na hladině 0,01, tedy H3 potvrzena na hladině 0,05 (trochu slabší než 0,01)

Correlations			
		SKÓR	4. Vaše délka praxe v oboru (v letech)
SKÓR	Pearson Correlation	1	,255(*)
	N	75	75
4. Vaše délka praxe v oboru (v letech)	Pearson Correlation	,255(*)	1
	N	75	75
** Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed, 2-tailed).			

Vysvětlení k výpočtu zátěžových situací

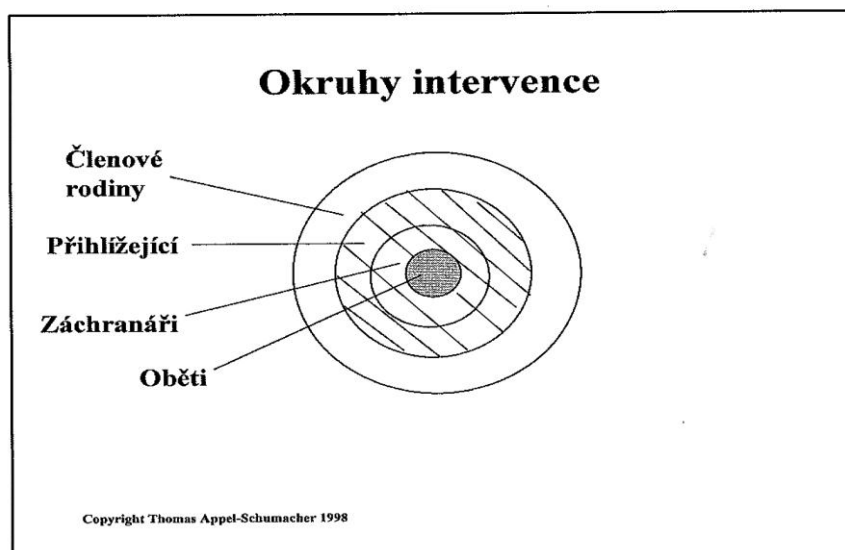
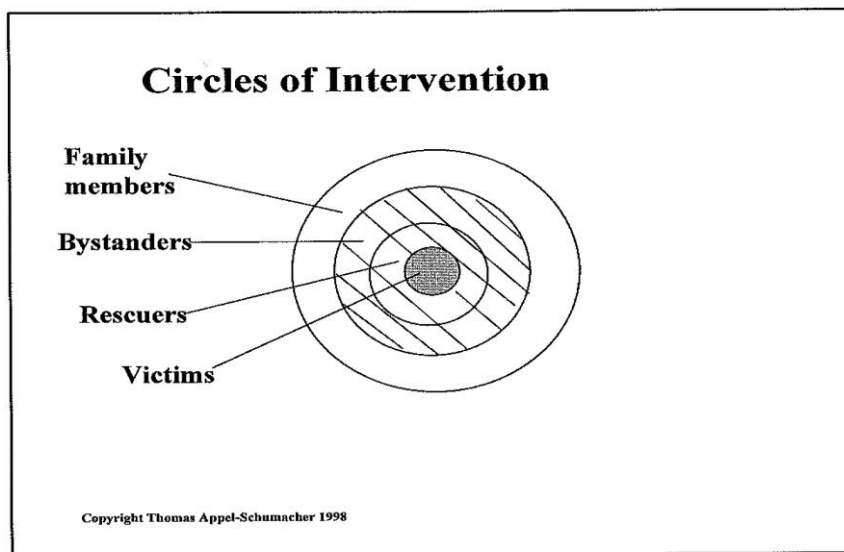
Statistika neumí pracovat s pásmem, ale jen s konkrétní jednoznačnou číselnou informací, protože si lidé asi nemohli pamatovat, kolik přesně událostí zažili, proto jsme jim dali pásmo, ale s tím se nedá statisticky pracovat a je to nutné překódovat. Nově vytvořená proměnná součet situací je vypočtená jako součet překódovaných odpovědí, tj. jako součet 0,1,2,3. Takže když má někdo hodnotu 15, může mít třeba 3 x 1 (1-4), a 4x 2 (5-9) a 1x 0.

Tabulka 39 - Metodika výpočtu

U nás v dotazníku	Překódované
0	0
1-4	1
5-9	2
10 a více	3

Muži měli průměrný skór událostí 10,64 a ženy 9,15, ale rozdíly nesignifikantní.

Příloha C – Okruhy PIS



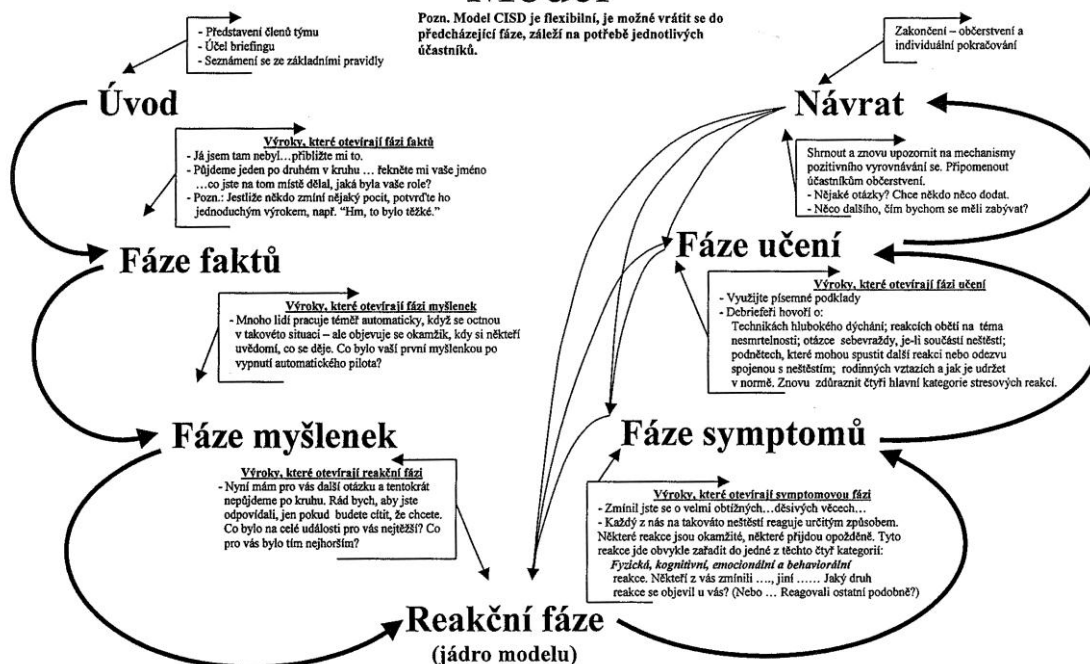
Obrázek 10 - Okruhy intervence Psychosociální intervenční služby (zdroj Dr.Thomas Appel-Schumacher, překlad Andrea Kyselovičová, PhDr.Blanka Čepická, Praha leden 2003, Zacházení se stresem v kritických situacích – základní kurs, skripta v kroužkové vazbě, bez ISBN, s 4)

	DEFUSING	DEMOBILIZATION	DEBRIEFING
Timeliness:	within 8 hours	right after shift completed	within 24 to 72 hours
Goals:	lessen impact restore lighter emotional burden screen group eliminate need for debriefing enhance debriefing if still needed	lower disaster-related stress begin recovery of personnel NOT psychotherapy	mitigate stress response accelerate recovery
Duration:	20-45 minutes	10 minute talk 20 minutes eating/resting	2 to 3 hours
Components:	Introduction Exploration Information	Stress information Relaxation Nourishment	7 phases
Staff:	CISM-trained peers, clergy mental health	CISM-trained mental health personnel, clergy, peers	CISM-trained mental health, peers, clergy
Copyright Thomas Appel-Schumacher 1997			

	ZMÍRNĚNÍ	DEMOBILIZACE	DEBRIEFING
Časování:	do 8 hodin	hned po přesunu z místa akce	do 24 až 72 hodin
Cíle:	zmírnění dopadu obnova zmírnění emocionál. zátěže zmapování skupiny zhodnotit potřebnost debriefingu rozšířit debriefing jestliže je potřeba	snížení stresu spojeného s katastrofou zahájení obnovy sil personálu NEJEDNÁ se o psychoterapii	zmírnění stresové reakce zrychlení obnovy sil
Trvání:	20-45 minut	10 minut hovoru 20 minut jídlo/odpočinek	2 až 3 hodiny
Části:	úvod explorace informace	informace o stresu relaxace výživa	7 fází
Personál:	kolegiální poradci trénovaní v CISM duchovní pracující v oblasti duš.zdrav.	odborník na duševní zdraví s výcvikem v CISM, duchovní kolegiální poradci (peers)	odborník na duševní zdraví s výcvikem v CISM, duchovní kole- giální poradci (peers)
Copyright Thomas Appel-Schumacher 1997			

Obrázek 11 - Metody Psychosociální intervenční služby (zdroj Dr.Thomas Appel-Schumacher, překlad Andrea Kyselovičová, PhDr.Blanka Čepická, Praha leden 2003, Zacházení se stresem v kritických situacích – základní kurs, skripta v kroužkové vazbě, bez ISBN, strana 16)

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) Model



Obrázek 12 - Model debriefingu (CISD = Critical Incident Stress Debriefing)

(zdroj Dr.Thomas Appel-Schumacher, překlad Andrea Kyselovičová, PhDr.Blanka Čepická, Praha leden 2003, Zacházení se stresem v kritických situacích – základní kurs, skripta v kroužkové vazbě, bez ISBN, příloha skript)

Příloha D – Dotazník syndromu vyhoření

Dobrý den vážené kolegyně, vážení kolegové,

ráda bych Vás poprosila o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma Syndrom vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Pro ty z Vás, kteří mě neznáte - jsem zároveň vaší kolegyní (všeobecnou sestrou) z výjezdového střediska Liberec a zároveň studentkou 3.ročníku kombinovaného studia oboru ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií Technické Univerzity v Liberci.

V první části dotazníku Vás prosím o vyplnění sociodemografických údajů (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe v oboru). Poté navazuje samotný dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření, kde se Vás ptám na citlivé osobní faktory spojené s prožíváním různých nejen stresových událostí v zaměstnání. Na závěr Vás čekají tři otázky na specifickou stránku Vaší práce - konkrétně na zátěžové situace ve výjezdech.

Upozorňuji, že dotazník je plně anonymní v souladu se zákonem 101/2000 Sb. Taktéž se mi nezobrazují mailové adresy odpovídajících respondentů.

Za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

S úctou Veronika Chalupová

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

1. Vaše pohlaví	<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> Žena
2. Váš věk	<input type="checkbox"/> 20 – 29 let, <input type="checkbox"/> 30 – 39 let, <input type="checkbox"/> 40 – 49let, <input type="checkbox"/> 50 a výše	

4. Vaše dĺžka praxe v oboru (v rokoch)

Nikdy 0

9. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

10. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
11. Jsem náchylný/á k nemocem	4	3	2	1	0
12. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
13. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
14. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
15. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
16. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
17. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
18. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
19. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
20. Svou práci omezuji na její mechanické provádění	4	3	2	1	0

21. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
22. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
23. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
24. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
25. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
26. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
27. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
28. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

29. Které výjezdy Vás nejvíce zatěžují?

- těžké infaustní poranění dítěte či jeho úmrtí
- těžké infaustní poranění mladistvého či jeho úmrtí
- výjezd k blízkému člověku (příbuzní, přátelé, kolegové aj.)

- plané výjezdy a zneužití zdravotnické záchranné služby
- verbální agrese ze strany pacienta/klienta a nebo jeho blízkých
- fyzická agrese ze strany pacienta/klienta a nebo jeho blízkých

Uvedte zátěž u těchto výjezdů:

5 maximální zátěž

4 vysoká zátěž

3 střední zátěž

2 nízká zátěž

1 žádná zátěž

30. Kolik takových situací jste za kalendářní rok 2011 zažil/a?

0

1 – 4

5 – 9

10 a více

31: Existuje zátěžová situace, která tu nebyla jmenována? Pokud ano, uveďte ji a k ní případnou zátěž:

Neexistuje

Ano, existuje:.....

32. Prostor pro Vaše případné názory na toto téma:

.....

Děkuji Veronika Chalupová

Příloha E – Počet zaměstnanců ZZS LK

Tabulka 40 - Počty zaměstnanců výjezdových stanovišť ZZS LK

Výjezdové stanoviště	Všeobecná sestra	Zdravotnický záchranář	Celkem
Česká Lípa	14	1	15
Doksy	5	0	5
Jabloučné	5	0	5
Jablonec n.N.	9	7	16
Tanvald	5	0	5
Liberec	28	3	31
Hrádek	7	0	7
Český Dub	2	3	5
Frýdlant	5	1	6
Turnov	10	0	10
Jilemnice	6	0	6
Semily	5	0	5
Rokytnice	4	3	7
Celkem	105	18	123

Příloha F – Fotodokumentace (autor Bc. Stanislav Mackovík)



Nehoda motocyklisty s cyklistou



Srážka osobního automobilu s vlakem



Zásah LZZS v terénu



Spolupráce Integrovaného záchranného systému na dopravní nehodě

Příloha G

Studie a výzkumy syndromu vyhoření ve zdravotnictví v České republice a srovnání s výsledky našeho výzkumu

1. Studie a výzkumy syndromu vyhoření ve zdravotnictví

1.1. Studie syndrom vyhoření u lékařů

Výsledky studie syndromu vyhoření na u lékařů. Mezi důležitá zjištění řadíme: trpí vztah klient/pacient versus lékař, protože dochází k snížené výkonnosti lékaře, k zvýšenému počtu medicínských chyb, sníženému zájmu o pacienta, k volbě kompromisů v souvislosti s bezpečím pacienta, přetrvávají neefektivní a rigidní vzorce preskripce medikace a léčby obecně, a ze strany postiženého jedince neochota ke kreativnímu, alternativnímu myšlení. Důsledky syndromu vyhoření se projevují zvýšeným odchodem lékařů ze zaměstnání, zvláště služebně mladších lékařů, sníženou ochotou lékařů k profesnímu růstu, zvýšenou cirkulací lékařů, především na exponovaných pracovištích, zvýšené náklady související s neochotou lékařů k jiným než k zaběhlým postupům. Bohužel sem řadíme i zvýšený počet chyb lékařů, a v neposlední řadě snížená důvěra veřejnosti. Studie kvantifikující tento jev udávají až šestinásobný výskyt omylů u lékařů trpících depresemi a pracovním vyčerpáním. Syndrom vyhoření u lékařů není jen hypotetickým fenoménem, ale alarmující skutečností, která představuje konkrétní jev, který může zásadně ovlivnit práci lékařů, zdraví pacienta a celý systém zdravotnictví (Ptáček, Kuželová, Čeledová 2010).

1.2. Výzkum syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči

Výzkum se zabývá syndromem vyhoření u sester pracujících v urgentní péči. Byly použity dva dotazníky a sledovaný soubor tvořilo 48 sester z oboru intenzivní medicíny (ARO a operační sály). Díky náročnosti práce jsou v tomto oboru spíše sestry mladší a sestry středního věku. Sestry starší než 40 let reprezentovaly přibližně desetinu souboru, polovina souboru byly ženy středního věku, poměrně velkou část souboru tvořily mladé ženy, tj. téměř 40 %. Z celého souboru desetina sester měla dlouhou praxi

(nad 20 let) a desetina sester měla velmi krátkou praxi (do tří let). Znalosti o syndromu vyhoření získávají sestry převážně v odborných kruzích (ve škole 38 %, z odborných časopisů 36 %), téměř desetina z nich patří k těm, které se domnívají, že měly více možností se s obsahem tohoto termínu seznámit. Potěšující je, že pro žádnou ze sester nepředstavoval tento pojem novinku. Z odpovědí také vyplývá, že převážná část dotazovaných byla správně informována o tom, že syndrom vyhoření není záležitostí pouze lékařských oborů, ale že se týká i dalších tzv. „pomáhajících profesí“. Varující je, že pětina sester uvádí jako příčinu možného vyhoření finanční podhodnocení práce. Přehled potíží spojených se syndromem vyhoření u sester svědčí spíše pro fakt, že u sester nejde o stav vyhoření, ale spíše o nadměrnou únavu, přepracovanost a pocit tlaku na výkon, který je na těchto odděleních na sestry kladen. Věk, délka praxe, ani osobnostní vlastnosti sester neměly vliv na pocity sester v oblasti vyhoření. Zdá se, že vztah a přístup k pacientovi není při vzniku syndromu vyhoření natolik důležitý, jako vztahy s ostatními na pracovišti a zvláště vztahy s vedoucími pracovníky. Významné a varující se zdá zjištění, že tam, kde sestry v dotazníku udávaly, že na oddělení vnímají u kolegyň příznaky syndromu vyhoření, jsou tyto pocity jednoznačně spojovány s atmosférou na pracovišti, hlavně spokojeností s vedením pracovního týmu.(autor neuveden, SESTRA 12/2005)

1.3. Výzkum syndromu vyhoření u personálu LDN

Výzkum probíhal v nejmenované nemocnici v únoru a březnu roku 2009. Respondenty byly všeobecné sestry a ostatní ošetrovatelský personál LDN. Cílem výzkumu bylo zjištění, zda a nakolik jsou všeobecné sestry a ošetrovatelský personál zasaženi syndromem vyhoření, sledovaný vzorek byl zkoumán pomocí dotazníku Inventáře projevů syndromu vyhoření. Autorka Burgerová zjistila, že pracovníci obou kategorií, tedy sestry i ošetrovatelský personál, ve skutečnosti nevykazují ohrožení syndromem vyhoření až v 70 %, a tudíž jejich skóre není vyšší než 31 bodů. Velkou výjimku tvoří 5 % respondentek z řad sester a 3 % respondentů z řad ošetrovatelského personálu, kteří jsou velmi závažně ohroženi syndromem vyhoření. Dalším zjištěním bylo, že prevence syndromu vyhoření se v tomto zařízení provádí nesystematicky a nepravidelně. Dobré výsledky byly dosaženy například v otázkách dostatečného

množství ochranných pomůcek na pracovišti či důrazu na týmovou spolupráci, kde se však odpovědi pracovníků lišily od názorů managementu. Špatných výsledků bylo dosaženo v otázkách týkajících se prevence syndromu vyhoření na pracovišti a supervize, kde bylo nejčastěji uváděno, že její možnost na pracovišti není. Autorka výzkumu Burgerová se pokusila navrhnout konkrétní způsoby prevence syndromu vyhoření v LDN. Na základě výsledků výzkumu doporučila některé aktivity ze strany managementu, které mohou pomoci zlepšit prevenci syndromu vyhoření v LDN. Prevence syndromu vyhoření je důležitá i přesto, že většina sester a ošetrovateľského personálu podle výzkumu není tímto syndromem na LDN ohrožena. Nejdůležitějšími body v této oblasti jsou: lepší komunikace nadřízených s podřízenými, supervize, dobrovolnický program, odborné poradenství, podmínky pro obnovu sil, zjišťování potřeb zaměstnanců. (Burgerová, 2010)

1.4. Výzkum syndromu vyhoření v Integrovaném záchranném systému

Ke zdůraznění nebezpečí vzniku syndromu vyhoření v klinické praxi byl proveden pilotní průzkum u složek Integrovaného záchranného systému. Autorka Zacharová uvádí, že měl ukázat, jak jsou pracovníci Zdravotnické záchranné služby (ZZS), příslušníci Policie ČR a pracovníci Hasičského záchranného sboru (HZS) v průběhu služby vystavováni krizovým situacím a jak je sami hodnotí nebo prožívají.

Do pilotního průzkumu se zapojilo 90 respondentů ve věku 23–54 let, kteří své profese vykonávali od 3 do 37 let. Z toho u Policie ČR bylo 90% mužů a 10% žen, u HZS 100% mužů a u ZZS 60% mužů a 40% žen. V našich možnostech zde není rozebrat celý dotazník otázku po otázce, ale vybrali jsme jednu stěžejní. Na dotaz: „Je vaše práce vyčerpávající tak, že čekáte nakonec služby?“ odpověděly všechny složky IZS shodně nejčastěji slovem OBČAS. Na tom není nic alarmujícího, výsledky v procentech byly (= OBČAS řeklo tolik procent z celku) PČR 46,6%, HZS 56,6% a ZZS 76,6%. Alarmující je však výsledné zjištění - na dotaz: „Myslíte si, že by se mělo provádět školení na téma syndromu vyhoření?“ odpovědělo 73,3% respondentů ze zdravotnické záchranné služby ANO. Je to nejvyšší počet z celého sledovaného vzorku. (Zacharová, 2008)

Tabulka č. 41 Výzkum od Zacharové. Otázka „Myslíte si, že by se mělo provádět školení na téma syndrom vyhoření?“

	Policie	HZS	ZZS
Ano	16 = 53,3 %	10 = 33,3 %	22 = 73,3 %
Ne	0	8 = 26,6 %	0
Nevím	14 = 46,6 %	12 = 40 %	8 = 26,6 %

1.5. Výzkum syndromu vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb

Autorský team Šeblová, Kebza, Vignerová zpracovali výzkum na téma Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice: expozice kritickým událostem a výskyt syndromu vyhoření. Tento projekt probíhal v letech 2003 a 2005 a v konečné fázi bylo zpracováno celkem 597 dotazníků ze 7 krajů: Praha, Středočeský, Královehradecký, Jihočeský, Karlovarský, Moravskoslezský a Olomoucký. Ve výzkumu byli porovnáváni lékaři, SZP, řidiči/záchranáři a pracovníci operačních středisek a to nejdříve v roce 2003 a poté podruhé v roce 2005, kdy již absolvovali psychologickosociální intervenci.(viz kapitola v teorii 2.8.). Není v možnostech této bakalářské práce se dopodrobna rozepisovat o celém výzkumu, aspoň zde předkládáme zajímavá zjištění: bez příznaků syndromu vyhoření v obou rocích průměrně 82% respondentů, s počínajícím syndromem vyhoření 15,5% a s již rozvinutým syndromem vyhoření 1,7% (2003) a 3,2% (2005) respondentů. Byla zjištěna vysoká spokojenost s metodami CISM (teorie kap 2.8) – konkrétně preventivní přednášky a nácvik komunikace kladně hodnotilo 92%. Dále byl nalezen statisticky vysoce významný vliv délky praxe (více než 15 let) a pracovní pozice (nejvyšší skóre v testu syndromu vyhoření měly operátorky) na vznik syndromu vyhoření. Mezi nejzátěžovější situace respondenti v této studii zařadili úmrtí dítěte (lékaři, SZP a řidiči ve výjezdu) a zneužití tísňové linky 155 (operátorky).(Šeblová, Kebza, Vignerová, 2007).

2. Srovnání výzkumů ze zdravotnických zařízení v České republice s výsledky našeho výzkumu Syndromu vyhoření u všeobecných sester Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje

2. 1. Srovnání s výzkumem syndromu vyhoření u sester a ošetrovatelského personálu z Léčebny dlouhodobě nemocných

Srovnáme-li náš výzkum s výzkumem *Burgerové* , docházíme k závěru, že v našem vzorku respondentů je mnohonásobně vyšší výskyt sester, které mají byť jen lehké příznaky syndromu vyhoření, a sestry, které hodnotíme se závažným, již rozvinutým syndromem vyhoření, v našem vzorku respondentů také mnohonásobně převažují. Ve výzkumném šetření provedeném v LDN dle *Burgerové* pracovníci z tohoto typu nemocničního zařízení ve skutečnosti nevykazují ohrožení syndromem vyhoření až v 70%, a tudíž jejich skóre není vyšší než 31 bodů, velkou výjimku zde tvoří 5% respondentek z řad sester a 3% respondentů z řad ošetrovatelského personálu , kteří jsou velmi závažně ohroženi syndromem vyhoření. Návratnost jejich dotazníku činila v tomto případě 73%. (*Burgerová*, 2010)

V našem výzkumu jsme si soubor také rozdělili dle délky praxe a zjistili jsme, že nejméně příznaků syndromu vyhoření vykazují sestry pod 5 let praxe, konkrétně tedy od 0 do 4 let praxe nevykazuje žádné známky vyhoření 86% respondentů, což je velmi vysoké číslo. Avšak již po 5 letech práce v daném oboru nastávají velké změny v našem souboru, u těchto sester vykazuje první známky vyhoření již 48% respondentů a celých 9 % respondentů trpí rozvinutým syndromem vyhoření, tj. má počet vyšší než 51 bodů. Návratnost našich dotazníků byla 71%.

2.2. Srovnání s výzkumem syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči

Podrobněji jsme se podívali i na výzkum sester v intenzivní péči v nejmenovaných nemocnicích. Zde autorka sledovala sestry z několika nemocnic pracující v oboru intenzivní medicíny. Celkový soubor 48 sester pocházel z operačních sálů a z anesteziologicko - resuscitačních oddělení. V tomto oboru pracují spíše sestry mladší a sestry středního věku, což je jistě dáno náročností práce. Sestry starší než 40 let reprezentovaly přibližně desetinu souboru, polovina souboru byly ženy středního věku,

poměrně velkou část souboru tvořily mladé ženy -téměř 40 %. Z celého souboru desetina sester měla dlouhou praxi (nad 20 let) a desetina sester měla velmi krátkou praxi (do tří let). Věk, délka praxe, ani osobnostní vlastnosti sester neměly vliv na pocity sester v oblasti vyhoření. Zdá se, že vztah a přístup k pacientovi není při vzniku syndromu vyhoření natolik důležitý, jako vztahy s ostatními na pracovišti a zvláště vztahy s vedoucími pracovníky. Významné a varující se zdá zjištění, že tam, kde sestry v dotazníku udávaly, že na oddělení vnímají u kolegyně příznaky syndromu vyhoření, jsou tyto pocity jednoznačně spojovány s atmosférou na pracovišti, hlavně spokojeností s vedením pracovního týmu.(autor neuveden, SESTRA 12/2005)

Pokud toto výše uvedené srovnáme s naším výzkumem, jsme nuceni konstatovat, že všeobecné sestry ze Zdravotnické záchranné služby Libereckého Kraje jsou relativně spokojené v pracovním kolektivu, aspoň tak usuzujeme z nízkých výsledných hodnot. Dali jsme totiž možnost v závěrečné otázce se slovně vyjádřit k tématu a toto byly nejčastější odpovědi: Nejčastěji se opakovaly „špatné vztahy na pracovišti“ – tj. 5 %, „pomluvy a klepy v kolektivu“ – 2,5%, celkem 6,5% respondentů uvedlo jako překážku „nízké finanční ohodnocení“. „Hodně záleží na spolupráci celého výjezdového teamu na místě události“ – 1%. „Stres z nelogických a politických postupů v organizaci ZZS LK“ – 1%. Totiž to, co nejčastěji způsobuje stres (v práci všeobecných sester ze záchranné služby obecně), myšleno stres chronický a neustále se opakující, je vystavení nadměrné expozici mimořádných zátěžových situací. Časté opakování mimořádných zátěžových situací je významným spouštěčem syndromu vyhoření. Troufáme si tvrdit, že na žádném jiném pracovišti v nemocničních zařízeních se s tímto spouštěčem nesetkáme.

2.3. Srovnání s výzkumem syndromu vyhoření v Integrovaném záchranném systému

Zacharová je autorkou dalšího výzkumu, který použijeme ke srovnání dat.(Zacharová, 2008) V tomto souboru autorka zkoumala syndrom vyhoření u základních složek Integrovaného záchranného systému, konkrétně u zdravotnických záchranných služeb, u Policie České republiky a u Hasičského Záchraného Sboru. Do pilotního průzkumu se zapojilo 90 respondentů ve věku 23–54 let, kteří své profese vykonávali od 3 do 37 let. Z toho u Policie ČR bylo 90% mužů a 10% žen, u HZS 100% mužů a u ZZS 60% mužů a 40% žen. V našich možnostech zde není rozebrat celý dotazník otázku po otázce, ale

vybrali jsme jednu stěžejní. Na dotaz: „je vaše práce vyčerpávající tak, že čekáte nakonec služby?“ odpověděly všechny složky IZS shodně nejčastěji slovem OBČAS. Na tom není nic alarmujícího, výsledky v procentech byly (OBČAS řeklo tolik procent z celku) PČR 46,6%, HZS 56,6% a ZZS 76,6%. Alarmující je však výsledné zjištění - na dotaz: „Myslíte si, že by se mělo provádět školení na téma syndromu vyhoření?“ odpovědělo 73,3% respondentů ze zdravotnické záchranné služby ANO. Je to nejvyšší počet z celého sledované vzorku.

2.4. Srovnání s výzkumem syndromu vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb

Výzkum syndromu vyhoření provedený u pracovníků zdravotnických záchranných služeb v letech 2003 a 2005 se týkal celkem 7 krajských záchranných služeb a uvádíme ho zde proto, že jedním z výstupů bylo zjištění, jak moc a zda vůbec jsou efektivní metody CISM (teorie, kap o CISM, nyní číslo, 2.8.), konkrétně preventivní přednášky a nácviky komunikačních technik. Oboje velmi kladně hodnotilo 92% respondentů. Tento výzkum byl prováděn u všech typů pracovníků ZZS, tedy patřili sem lékaři, všeobecné sestry, záchranáři, řidiči a operátorky. A zároveň všech se týkaly metody psychosociální intervence. (Šeblová, Kebza, Vignerová 2007).

Jako zajímavá zjištění tohoto výzkumného celorepublikového projektu v souvislosti s naším výzkumem pokládáme následující: za nejzátěžovější typ výjezdu je shodně považováno úmrtí dítěte a/nebo jeho kardiopulmonální resuscitace, dále byl nalezen vysoce statisticky významný vliv délky praxe na vznik syndromu vyhoření (zde autoři uvádí 15 let a výše) a operátorky operačních středisek uvedly jako nejvíce stresující a zatěžující zneužívání tísňové linky 155, což můžeme považovat za stejně zatěžující jako plané výjezdy a zneužití výjezdů zdravotnické záchranné služby, kteroužto situaci jsme měli v dotazníku a následném výzkumu jako předdefinovanou.

2.5. Studie o syndromu vyhoření u lékařů

S výzkumem výskytu syndromu vyhoření provedeným u lékařů (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010) náš výzkum srovnávat nebudeme. Rozhodli jsme se jej uvést v této části přílohy jen jako zajímavost k tématu. Domníváme se, že se k srovnání dat nehodí a

to z jednoho prostého důvodu – naše bakalářská práce je koncipována jako výzkum u všeobecných sester, proto jsme v předchozích srovnáních využili pouze výzkumy zaměřené zcela/a nebo alespoň částečně na sestry.

Příloha H – Letáček s informacemi o PIS

Základní pravidla při poskytování intervenční péče:

- Účast je dobrovolná
- Nekritizujeme
- Nehodnotíme
- Zachováváme důvěrnost a anonymitu
- Nic se nezapisuje

Další informace naleznete na:

www.spismz.cz

Kontakt na koordinátora:

KOLÁŘOVÁ



PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ PÉČE PO PROŽITÝCH PROFESNĚ NÁROČNÝCH SITUACÍCH



Podoby péče, kterých můžete využít:

- Skupinová péče o zasahující profesionály i operátorky
- Individuální kontakt s vycvičeným kolegou či odborníkem na duševní zdraví

